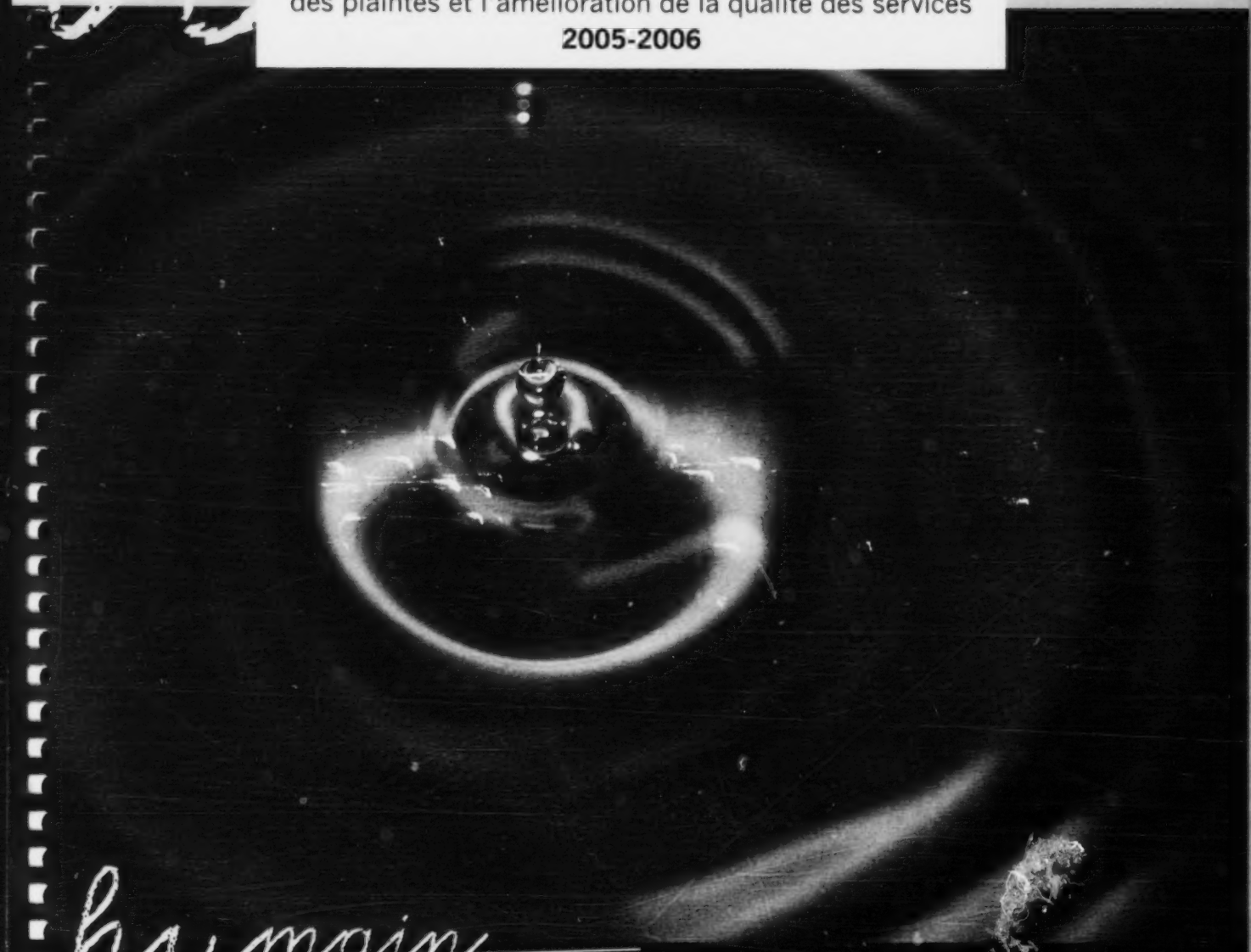
Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

2005-2006



hsmoin

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Québec

RAPPORT 2005-2006
SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Adopté par le conseil d'administration
à son assemblée du 14 juin 2006
CAAD-06-23

Conception
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Les personnes ayant participé à la réalisation du rapport

Mireille Leblanc
Denis Grenier
Catherine Hallé

Secrétariat
Christine Blanchet

Lecture et corrections
Diane Chiasson

Dépôt légal - 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89340-138-4

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

De plus, pour alléger le contenu,
les pourcentages ont été arrondis à la dizaine près,
modifiant parfois le total de certains calculs.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

21e assemblée du conseil d'administration
Date : 14 juin 2006
Article : CAAD-21-07
Résolution : CAAD-06-23

RÉSOLUTION relative à l'adoption du rapport 2005-2006 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

CONSIDÉRANT l'article 76.12 de la de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoyant que le conseil d'administration de l'Agence doit transmettre au ministre une fois par année et chaque fois qu'il le requiert :

a) un rapport faisant état de l'ensemble des rapports qu'il a reçus de chaque conseil d'administration d'un établissement ;

b) un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes reçues et traitées par l'Agence elle-même.

CONSIDÉRANT le dépôt par tous les établissements à l'Agence de leur rapport des plaintes en vertu le l'article 76.10 ;

CONSIDÉRANT l'examen de ce rapport 2005-2006 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services par le conseil d'administration à la présente assemblée du 14 juin 2006 ;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'adopter le rapport 2005-2006 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 15 juin 2006

Michèle Laroche,
Présidente-directrice générale

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux 7

Mot du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services 9
Des modifications importantes au régime de traitement des plaintes 9

Faits saillants 11

Introduction 13

Chapitre 1 15
Rapport 2005-2006 sur les plaintes traitées par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et sur les activités d'amélioration de la qualité des services 15

1 Présentation 15
2 Demandes d'assistance 15
2.1 Recherche de médecins 17
3 Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Mauricie/Centre-du-Québec (CAAP) 18
4 Bilan des dossiers de plaintes traités par l'Agence 19
4.1 Objets de plaintes 20
4.2 Principales plaintes et les recommandations 22
5 Interventions en vertu du pouvoir d'initiative du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services 24
6 Demandes d'intervention en résidences privées 24
6.1 Résidences privées pour personnes âgées 25
6.2 Demandes d'intervention en résidence privées pour autres clientèles vulnérables 30
6.3 Demandes d'intervention dans les organismes privés 30
7 Activités d'amélioration continue de la qualité des services 30

Chapitre 2 35
Rapport 2005-2006 sur les plaintes traitées par les établissements de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec 35

1 Présentation 35
2 Plaintes traitées par les établissements 35
2.1 Bilan des dossiers des plaintes conclues 35
2.2 Les objets de plaintes 38
2.3 Le suivi donné aux plaintes 39
2.4 Mode de dépôt 40
2.5 Délai de traitement des plaintes 41
2.6 Auteur de la plainte 41
3 Augmentation de la satisfaction des usagers par l'amélioration de la qualité des services 42
3.1 Centre hospitalier régional de Trois-Rivières 43

3.2 CSSS d'Arthabaska-Érable 45
3.3 CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska 46
3.4 CSSS du Haut-Saint-Maurice 48
3.5 CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan 49
3.6 CSSS de l'Énergie 51
3.7 CSSS de Maskinongé 52
3.8 CSSS de Trois-Rivières 54
3.9 CSSS Drummond 55
3.10 Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. 56
3.11 CHSLD Vigi Les Chutes 56
3.12 Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec 58
3.13 Centre de réadaptation InterVal 58
3.14 Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec 59
3.15 Domrémy Mauricie /Centre-du-Québec 61

Conclusion et recommandations 63

Annexe 65

Objets de plaintes et mesures correctives 65

1 Accessibilité et continuité 65
2 Soins et services dispensés 68
3 Relations interpersonnelles et communications 71
4 Environnement et ressources matérielles 73
5 Aspect financier 75
6 Droits particuliers et autres objets 76
7 Objets de plaintes et mesures correctives 78

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Évolution du nombre de dossiers traités en Mauricie et au Centre-du-Québec 12
Tableau 2 – Demandes d'assistance 16
Tableau 3 – Bilan des dossiers de plaintes traités par l'Agence 19
Tableau 4 – Organismes concernés par les plaintes conclues 19
Tableau 5 – Délai de traitement des plaintes conclues 20
Tableau 6 – Objets de plaintes, par organisme concerné 21
Tableau 7 – Objets de plaintes 21
Tableau 8 – Dossiers traités et conclus en fonction du type de résidence 25
Tableau 9 – Bilan des signalements reçus et conclus 25
Tableau 10 – Signalements de résidences privées pour personnes âgées 26
Tableau 11 – Principaux signalements et recommandations dans les résidences privées pour personnes âgées 28
Tableau 12 – Signalements résidences privées pour autres clientèles vulnérables 30
Tableau 13 – Signalements organismes privés 30
Tableau 14 – Bilan des dossiers de plaintes, par mission 36
Tableau 15 – Nombre de plaintes conclues par mission et par établissement 37
Tableau 16 – Nombre comparatif de plaintes conclues par établissement 38
Tableau 17 – Nombre d'objets de plaintes compris dans les dossiers conclus par mission 38
Tableau 18 – Catégories d'objets de plaintes par mission 39
Tableau 19 – Suites données aux objets de plaintes selon les types d'action 40
Tableau 20 – Mode de dépôt des plaintes conclues, par mission 41
Tableau 21 – Délai de traitement des dossiers de plaintes 41
Tableau 22 – Auteur de la plainte et nature de l'intérêt 42
Tableau 23 – Accessibilité et continuité, mission CH 66
Tableau 24 – Accessibilité et continuité, mission CLSC 66
Tableau 25 – Accessibilité et continuité, mission CHSLD 66
Tableau 26 – Accessibilité et continuité, mission CJ 67
Tableau 27 – Accessibilité et continuité, mission centre de réadaptation (CR) 67
Tableau 28 – Soins et services dispensés, mission CH 68
Tableau 29 – Soins et services dispensés, mission CLSC 69
Tableau 30 – Soins et services dispensés, mission CHSLD 70
Tableau 31 – Soins et services dispensés, mission CJ 70
Tableau 32 – Soins et services dispensés, mission centre de réadaptation (CR) 71
Tableau 33 – Relations interpersonnelles et communications, mission CH 71
Tableau 34 – Relations interpersonnelles et communications, mission CLSC 72
Tableau 35 – Relations interpersonnelles et communications, mission CHSLD 72
Tableau 36 – Relations interpersonnelles et communications, mission CJ 72
Tableau 37 – Relations interpersonnelles et communications, mission centre de réadaptation (CR) 72
Tableau 38 – Environnement et ressources matérielles, mission CH 73
Tableau 39 – Environnement et ressources matérielles, mission CLSC 73
Tableau 40 – Environnement et ressources matérielles, mission CHSLD 74
Tableau 41 – Environnement et ressources matérielles, mission centre de réadaptation (CR) 74
Tableau 42 – Aspect financier, mission CH 75
Tableau 43 – Aspect financier, mission CLSC 75

Tableau 44 – Aspect financier, mission CHSLD 75
Tableau 45 – Droits particuliers et autres objets, mission CH 77
Tableau 46 – Droits particuliers et autres objets, mission CLSC 77
Tableau 47 – Droits particuliers et autres objets, mission CHSLD 77
Tableau 48 – Droits particuliers et autres objets, mission CJ 78
Tableau 49 – Droits particuliers et autres objets, mission centre de réadaptation (CR) 78

MOT DU COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

DES MODIFICATIONS IMPORTANTES AU REGIME DE TRAITEMENT DES PLAINTES

Il n'est pas possible de présenter le rapport 2005-2006 sur la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services sans faire mention des importants changements qui se produiront au cours des prochains mois suite à l'adoption par l'assemblée nationale du projet de loi 83 touchant principalement la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

L'un des objectifs visés par la nouvelle loi consiste à optimiser le fonctionnement du régime d'examens des plaintes et la protection des droits des usagers en haussant la crédibilité de la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services au sein des établissements ou des agences, notamment par l'instauration du principe de l'exclusivité de fonction et d'un lien direct avec le conseil d'administration.

Concrètement, ces changements comportent les éléments suivants :

- Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services est nommé par le conseil d'administration, relève de celui-ci et lui est redevable de l'exercice de ses fonctions. Cette modification s'appuie sur des principes de bonne distance d'un commissaire par rapport aux opérations d'un établissement ou d'une agence et d'indépendance dans l'exercice de ses fonctions afin de garantir la plus grande transparence et impartialité dans le traitement des plaintes.
- Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services exerce de façon exclusive les fonctions prévues à la loi. Ces fonctions sont centrées sur le respect des droits des usagers, leur satisfaction, le traitement diligent de leurs plaintes et le bon fonctionnement du système. La notion d'exclusivité de fonction vise également à préserver la neutralité du commissaire dans le traitement des insatisfactions en évitant les situations de conflits d'intérêts. De plus, de cette manière, une place centrale est accordée au traitement des plaintes comme outil d'amélioration de la qualité des services.
- Le commissaire assume également des fonctions précises relatives à l'information sur les droits des usagers, le code d'éthique et la promotion du régime des plaintes. Il doit élaborer une politique d'examen des plaintes qui doit être adoptée par le conseil d'administration.
- Au plan régional, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services se voit attribuer une nouvelle responsabilité en matière de traitement des plaintes. Ainsi, depuis le 1er avril 2006 le commissaire régional traite les plaintes provenant des résidences privées pour personnes âgées. Ce nouveau mandat légal devrait renforcir le pouvoir du commissaire dans ce type de ressources. De plus, la certification des résidences privées qui sera confiée à l'Agence devrait définir de nouvelles balises pour permettre un traitement plus efficace des plaintes.
- Les nouvelles dispositions législatives viennent préciser davantage le pouvoir d'intervention du commissaire. Cette fonction clarifie et renforce les pouvoirs et les responsabilités du commissaire en

tant que responsable des droits des usagers, en lui permettant d'agir en dehors du cadre du traitement de la plainte formelle. Il ne s'agit pas d'un pouvoir discrétionnaire. Le commissaire doit intervenir sur la base d'un élément déclencheur, à partir d'informations qui sont portées à son attention lui permettant de croire que les droits d'un ou de plusieurs usagers ne seraient pas respectés. Ces informations peuvent provenir de différentes sources (incluant les employés), identifiées ou anonymes.

- Finalement, dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration d'un établissement ou d'une agence doit créer un comité de vigilance et de la qualité. Ce comité est notamment responsable d'assurer auprès du conseil le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers. À cette fin, il reçoit et analyse les rapports et les recommandations transmises au conseil par ces instances. Il adresse au conseil les recommandations sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers.

Ces nouvelles dispositions devront être en vigueur en fonction d'un calendrier prévu dans la loi, dont l'échéancier est le 1er octobre 2006.

En terminant, précisons que la préoccupation fondamentale ayant guidé le législateur dans la modification de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est d'assurer des services de qualité aux usagers du réseau de la santé et des services sociaux dans le respect de leurs droits.

La mise en œuvre de ces dispositions au cours de la prochaine année constituera un pas important dans cette direction.

FAITS SAILLANTS

En 2005-2006, **l'Agence** a reçu et traité :

- 480 demandes d'assistance dont 210 provenant de personnes à la recherche de médecins;
- 29 plaintes conclues en première instance concernant les services préhospitaliers d'urgence, les organismes communautaires ou l'Agence elle-même;
- 1 intervention effectuée en vertu du pouvoir d'initiative du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- 26 signalements conclus concernant les résidences privées; tous ont fait l'objet d'une intervention ou d'une référence et 16 ont nécessité une inspection sur place. Sur demande du requérant, une enquête a été abandonnée;
- 4 mésententes concernant les ressources non institutionnelles dont une demande suspendue sur demande du requérant.

Pour leur part, **les établissements** de la région ont reçu et traité :

- 1 053 plaintes pour 1 511 objets ou motifs de plaintes, comparativement à 847 plaintes pour 1 240 objets l'an passé;
- Les objets de plaintes les plus fréquents sont : les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles et l'accessibilité et la continuité des services;
- 768 objets de plaintes ont fait l'objet de mesures correctives identifiées, soit appliquées, soit recommandées.

Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) a répondu à 460 demandes de service pour 312 personnes.

- 111 demandes d'information et référence;
- 181 demandes de support et conseil;
- 168 démarches de plainte dans le cadre du régime d'examen des plaintes dont 102 ont été formellement déposées.

Le tableau 1 présente une comparaison des faits saillants avec ceux des années antérieures de façon à présenter l'évolution du volume de dossiers traités dans la région au cours des dernières années.

Tableau 1 – Évolution du nombre de dossiers traités en Mauricie et au Centre-du-Québec

	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003
Demandes d'information	S. O.[1]	67	157	47
Demandes d'assistance (demandes recherche de médecins)	480 (210)	391 (271)	978 (719)	306 (104)
Dossiers des plaintes conclues	29	20	35	20
Demandes d'intervention en résidence privée	26	51	45	26
Plaintes traitées par les établissements (objets de plainte)	1 053 (1 511)	847 (1 240)	795 (1 071)	720 (926)
CAAP Mauricie/Centre-du-Québec (nombre de personnes)	460 (312)	402 (284)	645 (415)	475 (379)

[1] Le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) ne permet pas de distinguer les demandes d'assistance des demandes d'information. Celles-ci sont désormais intégrées aux demandes d'assistance.

INTRODUCTION

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes au sein de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. À ce titre, il assure la réponse aux demandes d'information de la population et veille au respect des droits des usagers, en plus d'assurer l'application des dispositions légales du régime d'examen des plaintes. Ce mandat comporte deux grands volets, soit le service d'information, d'assistance et d'accompagnement à la population et le service de traitement des plaintes.

Le volet d'information, d'assistance et d'accompagnement à la population vise notamment à faire connaître les droits des usagers, les mécanismes de recours, les services offerts par le réseau et à accompagner les personnes dans leurs démarches.

Le service de traitement des plaintes reçoit et analyse celles formulées à l'endroit des organismes communautaires oeuvrant en santé et services sociaux, des services préhospitaliers d'urgence, des ressources agréées ainsi que les plaintes adressées à l'Agence elle-même au regard de l'exercice d'une de ses fonctions ou activités qui affecterait l'usager. De plus, suite à l'adoption du projet de loi 83, à compter du 1er avril 2006, l'Agence recevra et analysera également les plaintes formulées pour une résidence privée pour personnes âgées.

Enfin, dans le cas où l'usager serait insatisfait du délai de traitement ou des conclusions de l'Agence, il peut adresser sa plainte en deuxième instance auprès du Protecteur des usagers en matières de santé et de services sociaux.

D'autre part, le plan d'organisation de l'Agence prévoit que le commissaire régional exerce différentes activités connexes reliées à la satisfaction des usagers et à la qualité des services. C'est le cas notamment du traitement des demandes d'intervention en résidence pour clientèle vulnérable, des entreprises d'économie sociale et des organismes privés.

Le présent rapport s'inscrit dans la responsabilité légale de l'Agence. Il vise notamment à transmettre au ministre un bilan de l'état de l'application de la procédure d'examen des plaintes par l'Agence de la santé et des services sociaux et par les établissements de la région, conformément à l'article 76.12 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L. R. Q., c. S-4.2).

La première section du rapport fait le bilan des activités reliées au traitement des plaintes et à la qualité des services effectuées par l'Agence.

La deuxième section présente le rapport consolidé des plaintes traitées par les établissements de notre région. Elle contient également des informations sur les activités d'amélioration continue de la qualité des services effectuées par ces mêmes établissements au cours de la dernière année.

Finalement, les conclusions présentées à la fin du rapport s'inscrivent dans la volonté de l'Agence d'utiliser l'information découlant du traitement des plaintes comme levier supplémentaire à l'amélioration des services de santé et des services sociaux dans la région.

CHAPITRE 1

RAPPORT 2005-2006 SUR LES PLAINTES TRAITÉES PAR L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC ET SUR LES ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

1 PRESENTATION

Ce premier chapitre traite des différentes activités effectuées par l'Agence en lien avec le traitement des plaintes et l'amélioration continue de la qualité des services.

Le premier volet regroupe les activités reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes, incluant le traitement des demandes d'information, d'assistance et d'accompagnement, de même que les interventions effectuées en vertu du pouvoir d'initiative du commissaire.

Le second volet concerne les dossiers traités dans le cadre du protocole régional de traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées.

Finalement, la troisième section présente un bilan des activités les plus significatives en matière d'amélioration de la qualité des services par la Direction des systèmes d'information et de la qualité.

2 DEMANDES D'ASSISTANCE

L'Agence considère comme demandes d'assistance :

- Les demandes formulées par un usager ou son représentant en vue d'obtenir aide, service ou information. La demande vise généralement à obtenir du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services l'accès à un soin ou à un service disponible dans la région, de l'information ou de l'aide dans ses communications avec un membre du personnel d'une instance, etc.
- Les situations qui nécessitent d'orienter les usagers qui désirent porter plainte ou encore de porter assistance à une personne qui éprouve des difficultés à obtenir une réponse à son besoin. Ce service, qui nécessite l'écoute et le soutien du service des plaintes, permet d'orienter l'usager vers l'instance appropriée et de l'informer sur ses droits et les mécanismes de recours. Il permet également d'informer la population sur la procédure de traitement des plaintes ou encore sur la façon d'obtenir le service.

Cette année, l'Agence a répondu à 480 demandes d'assistance, comparativement à 458 pour l'année précédente. Les principales demandes sont listées dans le tableau qui suit.

Tableau 2 – Demandes d'assistance

Catégories	Nombre	Objets des demandes
Organismes communautaires	8	▪ Services dispensés ▪ Fiabilité, respect ▪ Approche thérapeutique
Demandes d'aide financière	9	▪ Frais de déplacement pour soins à l'extérieur de la région ▪ Demande de services d'accompagnement, remboursement déplacement ▪ Aide pour l'achat d'un lit
Clinique médicale privée	9	▪ Refus de services ▪ Soins et services dispensés ▪ Accessibilité, délais pour rendez-vous ▪ Plainte contre médecin ▪ Attitudes ▪ Facturation reliée à certains biens et services
GMF (groupe de médecine familiale)	2	▪ Accessibilité, absence de services ou de ressources ▪ Droit de recours
Transport ambulancier	9	▪ Frais de transport ▪ Soins et services dispensés
Résidences privées	92	▪ Qualité des aliments ▪ Soins et services dispensés ▪ Milieu de vie ▪ Organisation spatiale – aires désignées pour les fumeurs ▪ Responsabilité et formation du personnel ▪ Droits des résidents ▪ Approche thérapeutique
Ressources intermédiaires	1	▪ Plainte contre un établissement
Établissements de santé	131	▪ Accessibilité et délais pour rendez-vous, retour d'appel ▪ Soins et services dispensés ▪ Transport hébergement pour personnes handicapées ▪ Aide matérielle et financière ▪ Dossier de l'usager – confidentialité ▪ Relations interpersonnelles ▪ Confort des civières et des équipements ▪ Qualité des aliments ▪ Facturation
Demandes diverses	9	▪ Procédure de demande d'accréditation pour OSBL ▪ Recherche de stage professionnel au Québec ▪ Recherche d'emploi d'été pour étudiant en médecine, dans le cadre du programme de décentralisation de la formation médicale du MSSS ▪ Procédure de reconnaissance d'années d'expérience en technique administrative
Sous-total	**270**	
Recherche de médecins	210	▪ Difficulté à trouver médecin de famille ou spécialiste
TOTAL D'APPELS REÇUS	**480**	▪ **Inclut les demandes d'information transmises à l'interne**

Comparativement à l'an dernier, les 480 demandes d'assistance constituent une légère augmentation par rapport au 458 pour l'année précédente. Cependant, on note une augmentation appréciable des demandes relativement aux résidences privées et aux établissements de santé.

2.1 Recherche de médecins

Cette année encore, l'importante pénurie de médecins qui existe en Mauricie et au Centre-du-Québec s'est traduite par un grand nombre de demandes d'assistance adressées par les citoyens au commissaire régional.

Ces demandes pour avoir accès à un médecin ont toutefois diminué passant de 271 appels en 2004-2005, à 210 appels en 2005-2006. L'harmonisation mise de l'avant avec les cliniques médicales et les centres de santé et de services sociaux (services CLSC et Info-Santé) pour donner la même information aux citoyens, semble la cause la plus probable pour expliquer cette baisse.

Ce sont majoritairement les citoyens de Trois-Rivières (44 %), Shawinigan (16 %) et Drummondville (15 %) qui ont signifié leur besoin d'accès à un médecin.

De plus, ce sont les adultes qui, le plus souvent, ont procédé à une demande d'accès à un médecin pour eux-mêmes ou un membre de leur famille. Ils ont été référés à l'Agence soit par un ami ou un membre de leur famille, le CAAP, le CALACS, le personnel des cliniques médicales privées et spécialisées, le Collège des médecins, Communication Québec, le personnel des établissements, leur recherche dans l'annuaire téléphonique ou sur Internet, les attachés politiques des députés, des feuillets d'information disponibles dans les cliniques et les établissements, le personnel du MSSS et autres.

Sans avoir tenu un décompte exhaustif du motif invoqué par chaque usager pour vouloir un médecin de famille, nous avons quand même calculé à près de 124 le nombre de personnes qui ont un ou des problèmes de santé nécessitant un suivi médical sur une base régulière. Diabète, hypertension artérielle, maladies coronariennes, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, hyperthyroïdie, troubles pulmonaires, hépatite C, maladie rare, problèmes de santé multiples et renouvellement de prescription sont les maladies et causes les plus fréquemment nommées. Par ailleurs, certaines demandes sont reliées à la recherche d'un médecin pouvant assurer un suivi de la personne à la suite d'une visite à l'urgence ou une période d'hospitalisation.

Nous avons également reçu plusieurs demandes, soit 107, consécutives à l'avis de départ et au départ effectif du médecin de famille du requérant. Les différentes causes de départ des médecins sont principalement : pratique maintenant dans une autre région, pratique cessée pour cause de maladie, décès ou retraite, pratique uniquement en établissement. D'autres se sont retirés du régime public et sont devenus non participants à la RAMQ, ce qui implique un déboursé pour la population qui les consulte.

L'avènement des coopératives de santé et les frais afférents pour être membre constitue une autre cause pour laquelle la population nous demande de les assister dans leur recherche de médecins qui pourra effectuer un suivi sur une base régulière.

Près de 50 personnes, dans un but préventif, désirent un médecin de famille pour un suivi annuel, même si elles ne présentent pas de problème de santé particulier en ce moment.

Les autres demandes reposent sur des motifs variés : pédiatre, formulaires exigés par la SAAQ, RRQ, Emploi solidarité sociale ou tout autre organisme et qui doivent obligatoirement être complétés par un médecin.

Dans de telles situations, notre intervention consiste à informer les usagers sur les alternatives possibles (Info-Santé, cliniques médicales sans rendez-vous, urgence des CSSS ou des CH, etc.) et sur les efforts reliés au recrutement des médecins et à l'organisation des services médicaux dans notre région. De plus, nous informons régulièrement les professionnels de la Direction des services de santé et affaires médicales des problématiques qui sont portées à notre attention.

Conscients que ces démarches ne peuvent répondre aux besoins exprimés nous comptons entamer au cours de la prochaine année une réflexion avec les établissements et les instances de l'Agence concernées, dont le DRMG, pour s'assurer que les informations que nous recevons pourront servir à rechercher des alternatives et des solutions systémiques aux problèmes soulevés. Cette démarche se fera dans le respect des responsabilités de chacune des instances en la matière.

3 CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES MAURICIE/CENTRE-DU-QUEBEC (CAAP)

Cet organisme œuvre auprès des usagers de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec depuis 1993. Il s'agit de l'organisme communautaire désigné en vertu de l'article 54 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, pour assister et accompagner un usager qui désire entreprendre une démarche de plainte suite aux services qu'il avait reçus ou aurait dû recevoir.

Le rapport annuel de l'organisme indique que le CAAP a répondu à 460 demandes de services pour 312 personnes. Les services rendus ont été classifiés en 3 catégories : les services d'information et de référence, de soutien et conseil, et des services lors d'une démarche de plainte dans le régime d'examen des plaintes.

L'organisme a porté assistance dans 168 démarches de plaintes dans le régime d'examen des plaintes. Parmi celles-ci, 102 ont été déposées formellement, dont 77 avec obtention de conclusions, 2 sans obtention de conclusion, 1 abandonnée en cours de traitement. À la fin de la période, 22 de ces plaintes étaient en voie de traitement. De plus, parmi les 168 démarches, 37 sont en suspens[2] et 29 ont été abandonnées. Le CAAP a apporté son aide pour près de 8 % de l'ensemble des plaintes traitées dans la région, soit une diminution par rapport à l'an dernier.

[2] Lorsque la transcription de la plainte écrite est finalisée, le CAAP l'achemine à l'usager pour qu'il puisse la contresigner. Ce dernier doit par la suite la faire parvenir à l'établissement concerné. Une plainte est considérée en suspens à partir du moment où la lettre est acheminée à l'usager jusqu'à ce que l'établissement ait signifié sa réception.

4 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES TRAITES PAR L'AGENCE

Au cours de l'exercice 2005-2006, nous avons conclu 29 plaintes, alors qu'en 2004-2005 nous en avions conclu 20.

Tableau 3 – Bilan des dossiers de plaintes traités par l'Agence

Dossiers en voie de traitement au début de l'exercice	Dossiers reçus durant l'exercice	TOTAL	Dossiers conclus durant l'exercice	Plaintes annulées	Dossiers en voie de traitement à la fin de l'exercice	Recours au Protecteur des usagers
3	28	31	29	0	2	2

D'autre part, 2 plaintes ont été traitées en deuxième instance par le Protecteur des usagers après son analyse en première instance par l'Agence. Elles concernaient 2 organismes communautaires. La première plainte avait pour objets l'accessibilité et la continuité des services ainsi que les relations interpersonnelles. D'autre part, l'autre plainte portait sur l'aspect financier. Dans les 2 cas, le Protecteur des usagers en est arrivé à des conclusions similaires à celle de l'Agence et ne nous a adressé aucune recommandation supplémentaire.

Le tableau 4 présente les catégories d'organismes concernées par les plaintes traitées par l'Agence.

Tableau 4 – Organismes concernés par les plaintes conclues

Catégorie	2005-2006		2004-2005	
	Nombre	%	Nombre	%
Organismes communautaires	14	48%	6	30%
Services préhospitaliers d'urgence	5	17%	7	35%
Agence de la santé et des services sociaux	10	35%	7	35%
Total	**29**	**100%**	**20**	**100%**

En 2005-2006, nous avons traité 14 plaintes touchant 14 organismes communautaires différents, alors qu'en 2004-2005, nous avions traité 6 plaintes concernant 5 organismes. Le nombre de plaintes concernant les services préhospitaliers d'urgence a légèrement diminué comparativement à l'année 2004-2005. Cependant, par rapport à la totalité des plaintes reçues, cette catégorie de plaintes représente 17 % donc une diminution relative de 18 % par rapport à l'année précédente.

En ce qui a trait à l'Agence de la santé et des services sociaux, le nombre de plaintes a légèrement augmenté par rapport à l'année 2004-2005. Cependant, par rapport à la totalité des plaintes traitées, cela équivaut au même taux que l'an passé, soit 35 %.

Le tableau 5 illustre le délai de traitement des plaintes conclues.

Tableau 5 – Délai de traitement des plaintes conclues

Délai de traitement	Nombre	%
Un jour	1	> 3 %
De 2 à 7 jours	4	14 %
De 8 à 30 jours	2	7 %
De 31 à 45 jours	10	34 %
De 46 à 60 jours	3	10 %
De 61 à 90 jours	3	10 %
De 91 à 180 jours	4	14 %
De 181 jours et plus	2	7 %
Total	**29**	**100%**

Sur les 29 plaintes conclues, 17 ont été traitées à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours alors que 12 ont été traitées dans un délai supérieur. À noter que cette situation est due en grande partie à un retard accumulé dans le traitement des plaintes des années antérieures. En effet, au cours des 2 dernières années, d'importants mouvements de personnel au sein du service expliquent cette difficulté à traiter les plaintes dans le délai prescrit.

Lorsqu'une plainte ne peut être traitée dans le délai prévu, nous avisons l'usager qu'il peut nous accorder un délai supplémentaire pour finaliser le traitement ou exercer immédiatement son droit de recours en deuxième instance auprès du Protecteur des usagers. Tous les usagers concernés ont accepté de nous accorder un délai supplémentaire pour compléter le traitement.

4.1 Objets de plaintes

Le tableau 6 indique les organismes concernés par les plaintes reçues et traitées par l'Agence, de même que les objets de plaintes.

Tableau 6 – Objets de plaintes, par organisme concerné[3]

Organismes	Total des plaintes	Total des objets de plaintes	Accessibilité	Soins et services dispensés	Relations interpersonnelles	Environnement et ressources matérielles	Aspect financier	Droits particuliers et autres objets
Organismes communautaires								
Sous-total	14	34	4	8	10	6	4	2
Services préhospitaliers d'urgence								
Sous-total	5	9	1	4	4	0	0	0
Agence de la santé et des services sociaux								
Recherche de médecins	7							
Aspect financier	1							
Alimentation dans un organisme d'hébergement subventionné	1							
Organisation des soins et services	1							
Sous-total	10	12	9	1	0	1	1	0
Total	**29**	**55**	**14**	**13**	**14**	**7**	**5**	**2**

Une même plainte peut porter sur plusieurs objets ou motifs, ce qui explique que le nombre d'objets de plaintes est plus élevé que le nombre de plaintes reçues. Ainsi, en 2005-2006, l'Agence a traité 29 plaintes comportant 55 objets de plaintes comparativement à 30 objets pour 20 plaintes en 2004-2005, tel que l'indique le tableau 7.

Tableau 7 – Objets de plaintes

Catégorie	2005-2006		2004-2005	
	Nombre	%	Nombre	%
Accessibilité et continuité des services	14	25 %	12	40%
Soins et services dispensés	13	24 %	8	27%
Relations interpersonnelles	14	25 %	8	27%
Environnement et ressources matérielles	7	13 %	0	0
Aspect financier	5	9 %	0	0
Droits particuliers et autres objets	2	4 %	2	6%
Total	**55**	**100%**	**30**	**100%**

Les objets de plaintes les plus fréquents en 2005-2006 sont l'accessibilité et la continuité des services (25 %), les soins et services dispensés (24 %) et les relations interpersonnelles (25 %). Cette année, nous constatons une augmentation significative des insatisfactions relativement à l'environnement et les ressources matérielles ainsi que sur l'aspect financier.

[3] Le lecteur est invité à consulter l'annexe du présent rapport pour obtenir la définition de chacune des catégories d'objets de plaintes.

4.2 Principales plaintes et les recommandations

Voici une brève description des principales plaintes traitées par l'Agence et les recommandations s'y rattachant.

Catégories de plaintes	Recommandations
Organismes communautaires (34 objets de plaintes)	
Accessibilité et continuité (4 objets) - refus de services	- ajustement des activités professionnelles - amélioration des communications - information et sensibilisation des intervenants

Soins et services dispensés (8 objets)
- habiletés techniques et professionnelles
- évaluation, jugement professionnel
- traitement ou intervention
  - soins physiques
  - responsabilisation
  - organisation des soins et des services
- continuité
  - congé ou fin de services prématuré
  - instabilité ou mouvement du personnel
	- adoption / élaboration de protocole
	- ajustement des activités professionnelles
	- amélioration des mesures de sécurité / protection
	- information et sensibilisation des intervenants
	- révision de l'organisation des services

Relations interpersonnelles (10 objets) - respect de la personne - attitudes	- adaptation des services - information et sensibilisations des intervenants - révision de politique et règlement
Environnement et ressources matérielles (6 objets) - qualité des aliments - hygiène et salubrité - propreté des lieux - règles et procédures du milieu de vie - sécurité des lieux	- adoption / élaboration de politique et règlement - amélioration des conditions de vie - encadrement des intervenants - révision de l'organisation des services - révision de politique et règlement - révision de procédure
Aspect financier (4 objets) - frais de déplacement - réclamation	- révision de politique et règlement - révision de procédure
Droits particuliers (2 objets)	- aucune recommandation

Catégories de plaintes	Recommandations
Services préhospitaliers d'urgence (9 objets de plaintes)	
Accessibilité (1 objet)	
- délai de temps réponse (premier répondant)	- révision de l'organisation des services
Soins et services dispensés (4 objets)	
- habiletés techniques et professionnelles	- adoption / élaboration de politique et règlement
- évaluation, jugement professionnel	- révision de l'organisation des services
- traitement ou intervention – responsabilisation	
Relations interpersonnelles (4 objets)	
- respect de la personne	- information et sensibilisation des intervenants
- attitudes	
Agence de la santé et des services sociaux (12 objets de plaintes)	
Recherche de médecins (7 objets)	
- insatisfaction due à l'impossibilité d'avoir accès à un médecin de famille compte tenu d'une condition de santé qui le requiert	- référence à des cliniques sans rendez-vous - référence aux services d'Info-Santé - référence aux services d'urgence - explication des efforts régionaux de recrutement médical
Accessibilité : (2 objets)	
- absence de services ou de ressources	- aucune recommandation
Soins et services dispensés (1 objet)	
- organisation des soins et des services	- adaptation des services
Environnement et ressources matérielles (1 objet)	
- variété et choix de l'alimentation dans un organisme d'hébergement subventionné par l'Agence	- adaptation des services - information et sensibilisation des intervenants - clarification des responsabilités de l'Agence
Aspect financier : 1 objet)	
- autre – subvention	- aucune recommandation

5 INTERVENTIONS EN VERTU DU POUVOIR D'INITIATIVE DU COMMISSAIRE REGIONAL AUX PLAINTES ET A LA QUALITE DES SERVICES

Une intervention est une action effectuée par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services pouvant comprendre une recommandation à toute direction ou responsable d'un service de l'Agence ou, selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société, ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services pouvant faire l'objet d'une plainte, visant l'amélioration de la qualité des services dispensés ainsi que la satisfaction de la clientèle et le respect de ses droits.

Une intervention peut être faite *sur demande*, lorsqu'elle est entreprise à la suite d'une information reçue de toute personne ou groupe de personnes. Elle peut également être faite *de la propre initiative du commissaire régional* à la suite de ses propres observations, sans que la situation ne lui ait été signalée.

Au cours de l'année 2005-2006, le commissaire a effectué 1 intervention conjointement avec le Protecteur des usagers.

- Instance concernée : Un organisme communautaire oeuvrant en alcoolisme et toxicomanie.
  - → Problématique : le Protecteur des usagers a reçu un signalement concernant la qualité des services au sein d'un organisme communautaire reconnu par l'Agence.

    Cet organisme avait déjà fait l'objet de l'examen d'une plainte et d'une intervention de la part du commissaire régional et des recommandations lui ont été adressées. Ces recommandations concernaient la qualité des services et le fonctionnement démocratique de l'organisme.
  - → Traitement effectué : Intervention conjointe du Protecteur des usagers et du commissaire régional. L'intervention permet de constater que l'organisme ne répond plus aux critères de reconnaissance de l'Agence et qu'il n'a pas assuré adéquatement le suivi des recommandations qui lui avaient été adressées antérieurement.
  - → Recommandation : Retrait de la reconnaissance par le conseil d'administration de l'Agence.

6 DEMANDES D'INTERVENTION EN RESIDENCES PRIVEES

Cette section traite des demandes acheminées à l'Agence et traitées en vertu du protocole sur les demandes d'intervention en résidences privées adopté en décembre 2003 par le conseil d'administration de l'Agence. En 2005-2006, nous avons traité 33 dossiers reliés à ce type de signalement dont 26 ont été conclus. Les demandes d'intervention concernent 3 catégories de ressources privées : les résidences privées pour personnes âgées, les résidences privées pour les autres clientèles vulnérables (santé mentale, déficience intellectuelle, clientèle présentant des multiproblématiques) et les organismes privés offrant généralement de l'hébergement temporaire, particulièrement dans le domaine de l'alcoolisme et la toxicomanie.

Le tableau suivant présente la répartition des dossiers traités et conclus en fonction du type de résidence.

Tableau 8 – Dossiers traités et conclus en fonction du type de résidence

	Signalements traités durant l'exercice	Signalements conclus durant l'exercice	Signalements en traitement à la fin de l'exercice
Résidences pour personnes âgées	29	23	6
Résidences pour autres clientèles vulnérables	2	1	1
Organismes privés	2	2	0

Les lignes qui suivent présentent un bilan des dossiers traités en 2005-2006 pour chacune des catégories de résidence ou d'organisme.

6.1 Résidences privées pour personnes âgées

Au cours de l'exercice 2005-2006, nous avons conclu 23 signalements en résidences privées pour personnes âgées. Il est important de rappeler qu'à compter du 1er avril 2006, les plaintes concernant les résidences privées pour personnes âgées seront traitées en vertu du régime d'examen des plaintes et non plus en fonction du protocole sur les demandes d'intervention.

Tableau 9 – Bilan des signalements reçus et conclus

Signalements en traitement au début de l'exercice	Signalements reçus durant l'exercice	TOTAL	Signalements conclus durant l'exercice	Signalements en traitement à la fin de l'exercice	Recours au Protecteur des usagers
8	21	29	23	6	1

Plusieurs des signalements ont pu être réglés, en collaboration avec les chefs de programme du soutien à domicile de chaque centre de santé et services sociaux responsable des territoires touchés. Nous avons également eu recours aux représentants des villes ou des municipalités, lorsque nécessaire.

Au cours de l'année, nous avons effectué 13 visites d'inspection, comparativement à 10 en 2004-2005.

- 11 avec un représentant du CSSS.
- 2 sans accompagnement.

Les 23 signalements conclus touchent 18 résidences différentes et totalisent 62 objets de plaintes. Le tableau qui suit détaille ces objets de plaintes et leur fréquence respective.

Tableau 10 – Signalements de résidences privées pour personnes âgées

Nombre de résidences touchées	Nombre de signalements conclus	Objets de plaintes	Fréquence par objet
18	23	Accessibilité et continuité des services Absence de services ou de ressources	2
		Soins et services dispensés : Habiletés techniques et professionnelles Organisation des soins et des services Autre – offre de services insuffisante par rapport au type de clientèle Autre – lacunes au niveau de la surveillance et de l'encadrement Traitement ou intervention – distribution des médicaments	11
		Relations interpersonnelles : Respect de la personne Respect de la vie privée Empathie Communication avec l'entourage Attitudes – irrespectueuses et autoritaires Violence et abus physique Violence et abus verbal	25
		Environnement et ressources matérielles Alimentation qualité des aliments quantité variété et choix diète Hygiène et salubrité Propreté des lieux Autre – de la salle de lavage Sécurité et protection Sécurité des lieux Sécurité et protection de la personne – cloche d'appel Autre – disponibilité d'eau pour hygiène personnelle	21
		Aspect financier Abus financier Contribution à l'hébergement – frais	2
		Autre objet de demande Publicité pour soins palliatifs	1
TOTAL			**62**

Les objets de plaintes qui reviennent le plus souvent sont ceux reliés aux relations interpersonnelles ainsi qu'à l'environnement et les ressources matérielles.

La qualité des relations interpersonnelles est en partie reliée au manque de connaissances de certains propriétaires ou de leur personnel. Ils ne semblent pas toujours connaître l'ampleur de l'impact de leur attitude sur leur clientèle. À ce sujet, nous avons constaté que certains propriétaires avaient de la difficulté à adopter une approche respectueuse des droits des personnes ou une approche favorisant la création d'un véritable milieu de vie.

Au niveau de l'environnement et des ressources matérielles, les signalements effectués concernent particulièrement l'alimentation, la salubrité des lieux ainsi que la sécurité.

Concernant l'alimentation, les signalements portent sur les aspects suivants : la quantité de nourriture, la qualité des aliments ainsi que le respect des diètes spécifiques aux différents problèmes de santé des résidents.

En ce qui a trait à la salubrité des lieux, c'est généralement la propreté des lieux qui est dénoncée.

Quant à la sécurité, le questionnement est au niveau des normes et mesures de protection des incendies, les mécanismes d'appel lorsque le résident a besoin d'aide, la présence en tout temps de personne responsable.

Le tableau qui suit est la synthèse des objets de plaintes, des actions de l'Agence et des recommandations adressées aux propriétaires des résidences ou aux centres de santé et de services sociaux du territoire en cause.

Nous devons souligner que, règle générale, les propriétaires de résidence assurent un suivi des recommandations qui leur sont adressées. De plus, le centre de santé et services sociaux du territoire concerné est toujours associé aux recommandations dans le but de lui permettre d'assumer ses fonctions reliées à l'évaluation de la clientèle et au respect de ses droits. Si nécessaire, il peut également jouer un rôle de soutien et de conseil auprès des responsables de résidence.

Il est certain que l'élaboration de normes sociosanitaires nationales et la mise en œuvre prochaine du processus de certification des résidences privées pour personnes âgées facilitera le traitement des plaintes et le suivi des recommandations dans ce type de résidences.

Tableau 11 – Principaux signalements et recommandations dans les résidences privées pour personnes âgées

Objets de plaintes	Actions et Recommandations
Accessibilité et continuité des services • Absences de services ou de ressources	Aux propriétaires : • Aviser le CSSS en cas de détérioration de l'état de santé des résidents. Aux CSSS : • Exercer une vigilance dans le cadre des activités de soutien à domicile.
Soins et services dispensés • Habilités techniques et professionnelles • Distribution de médicaments • Organisation des soins et services • Autre – offre de services insuffisante par rapport au type de clientèle • Autre – lacunes au niveau de la surveillance et de l'encadrement	Aux propriétaires : • Établir des liens avec le soutien à domicile du CSSS pour l'évaluation des usagers en perte d'autonomie ou pour l'aide dans la gestion des situations problématiques. • Établir un protocole de distribution et prise de médication en conformité avec les critères sociosanitaires à l'étude au Ministère dans le cadre de la certification des résidences privées pour personnes âgées.
Relations interpersonnelles • Respect de la personne • Respect de la vie privée • Empathie • Communication avec l'entourage • Attitudes – irrespectueuses et autoritaires • Violence et abus physique • Violence et abus verbal	Aux propriétaires : • Faire respecter le code d'éthique. • Utiliser le vouvoiement. • Adopter un code d'éthique. • S'associer au CSSS pour de l'aide dans la gestion de situations difficiles avec certains usagers et leur famille. Aux CSSS : • Assurer une surveillance étroite.
Environnement et ressources matérielles • Alimentation – qualité des aliments, quantité, variété et choix • Hygiène et salubrité – propreté des lieux • Sécurité et protection – sécurité des lieux et protection de la personne	Aux propriétaires : • Adopter des moyens d'intervention auprès d'une clientèle disparate, en s'associant avec le CSSS et le Centre InterVal. • Faire valider les menus par une diététiste. • S'assurer que la résidence est sécuritaire en ce qui a trait à la prévention des chutes, des accidents et d'un incendie. • S'assurer d'un mode de distribution correct des médicaments. • Prendre les moyens pour assurer une surveillance adéquate et une intervention rapide lors d'accident. • S'assurer que les résidents aient de la nourriture en quantité suffisante. • Faire un plan d'information et d'intervention auprès de la clientèle et du personnel, lors de travaux sur le système de sécurité. • Installer deux détecteurs de fumée.

Objets de plaintes	Actions et Recommandations
	• Nommer une personne responsable du service alimentaire et diminuer le nombre de personnes qui font les repas. • S'en tenir à un clientèle autonome ou en légère perte d'autonomie. • Aviser le personnel d'entretien de s'assurer de la sécurité de la cour de la résidence, et ce, en tout temps, en toute période de l'année. Aux CSSS • Suivi au niveau de la propreté et du nombre adéquat d'employé sur les lieux selon l'état de santé des résidents. • Assurer une surveillance étroite.
Aspect financier : • Abus financier • Contribution à l'hébergement	Aux propriétaires • Établir un contrat clair entre le propriétaire et les résidents.
Autre objet de demande : • Publicité pour soins palliatifs	Aucune recommandation – fermeture de la résidence

6.2 Demandes d'intervention en résidences privées pour autres clientèles vulnérables

Nous avons reçu et traité 1 signalement concernant 1 résidence pour clientèle adulte ayant des problèmes en alcoolisme et toxicomanie. Dans ce cas, nous avons demandé au responsable de la ressource de porter une attention particulière aux comportements et au langage utilisé avec les résidents qu'il héberge.

Tableau 12 – Signalements résidences privées pour autres clientèles vulnérables

Nombre de résidences touchées	Nombre de signalements	Objets de plaintes	Fréquence
1	1	Relations interpersonnelles	1
TOTAL			**1**

6.3 Demandes d'intervention dans les organismes privés

Nous avons reçu et conclu 2 signalements concernant 2 organismes oeuvrant en alcoolisme et toxicomanie.

Voici un résumé des traitements effectués :

- Dans le premier cas, nous avons recommandé au responsable de la ressource de s'assurer que l'information sur l'approche préconisée soit expliquée aux usagers, écrite et adaptée pour chacun d'entre eux. Nous lui avons également demandé de définir les mécanismes de gestion du personnel et s'assurer du respect du code d'éthique.
- Dans le deuxième cas, nous avons recommandé au responsable de la ressource de délaisser l'utilisation du langage de la rue pour s'adresser aux usagers par un langage plus respectueux envers la clientèle qu'il dessert.

Tableau 13 – Signalements organismes privés

Nombre d'organismes touchés	Nombre de signalements	Objets de plaintes	Fréquence
2	2	Distribution de médicaments	1
		Relations interpersonnelles	1
TOTAL			**2**

7 ACTIVITES D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE DES SERVICES

Outre les activités relatives aux demandes d'assistance et au traitement des plaintes ou des demandes d'intervention, la Direction des systèmes d'information et de la qualité mène différentes activités

d'appréciation et d'amélioration de la qualité au sein du réseau régional de la santé et des services sociaux. Cette année, les démarches suivantes sont à souligner dans le cadre de notre rapport annuel :

- Activités reliées à la promotion du régime des plaintes, à la satisfaction des usagers et au respect des droits des usagers :

  → Promotion du régime des plaintes et respect des droits des usagers :
  - organisation de 2 sessions de formation sur le système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services,
  - rencontre entre l'équipe du commissaire régional et les intervenants du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes,
  - Table régionale de la qualité et commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services : participation à 2 rencontres de la Table et des commissaires locaux,
  - plaintes dans les résidences privées :
    - 3 rencontres d'information avec des propriétaires de résidences privées concernant le traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées du territoire du Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska,
    - partenariat Agence - municipalité - Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières dans le cadre du contrat social sur les résidences privées,
  - plaintes dans les organismes communautaires :
    - préparation d'un plan de communication sur le traitement des plaintes dans les organismes communautaires,
    - rencontre avec la TROC (Table régionale des organismes communautaires),

  → Soutien à la Table régionale des comités des usagers :
  - tenue de 5 rencontres de la Table (analyse des changements législatifs proposés par le projet de loi 83),
  - organisation de la semaine régionale des comités des usagers et tenue de la journée régionale des comités des usagers;

  → Activités de mesure de la satisfaction des usagers :
  - sondage de mesure de la satisfaction menée par l'Agence auprès des utilisateurs d'un organisme communautaire de la région, en suivi aux recommandations du Protecteur des usagers,
  - enquête nationale sur la satisfaction des usagers : participation à une rencontre du comité provincial de planification de l'enquête;

- Activités reliées à l'exercice de certaines fonctions de l'Agence en matière d'amélioration de la qualité des services :

  → appréciation de la qualité des services dans les résidences privées :
  - mise à jour du registre des résidences privées pour personnes âgées de la région,

- rencontre d'information avec la Table régionale des aînés du Centre-du-Québec au sujet du projet de loi 83 (droits des usagers, traitement des plaintes et certification des résidences privées),
- participation aux rencontres des comités aviseurs régionaux du Programme ROSES D'OR,
- participation à la journée provinciale d'évaluation du Programme ROSES D'OR;

→ Activités provinciales avec les commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité :

- programme de formation sur la qualité des services dans les organisations de santé et de services sociaux,
- tenue de 5 rencontres provinciales avec les commissaires régionaux et la Direction de la qualité du Ministère;

→ Organisation d'une rencontre régionale de consultation avec le conseil de la santé et du bien-être sur le contenu d'une déclaration des droits et des responsabilités en matière de santé et de bien-être;

→ Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux :

- rencontre du jury régional pour l'analyse des dossiers présentés par les organismes communautaires et les établissements de la région,
- recommandation au jury provincial sur les dossiers régionaux retenus;

→ Participation à la consultation du Ministère sur les normes de certification des résidences privées;

→ Gestion des risques :

- participation à une rencontre d'un comité ministériel sur la prestation sécuritaire des services,
- organisation de 3 rencontres de formation donnée par le programme des assurances des établissements de santé et de services sociaux à l'intention des gestionnaires de risques des établissements;

→ Visites d'appréciation de la qualité dans les CHSLD :

- participation à 2 rencontres ministérielles de planification,
- visite de 3 installations de la région (résidences) de CHSLD au cours de l'année; rédaction des rapports de visite,
- présentation du bilan provincial des visites d'appréciation aux responsables des programmes de personnes âgées en perte d'autonomie des établissements de la région;

→ Plan d'action ministériel sur les mesures de contrôle (contentions physiques, contentions chimiques et mesures d'isolement) :

- validation des protocoles des établissements,
- participation à une rencontre nationale des répondants régionaux,
- organisation d'une rencontre avec les répondants du dossier de chacun des établissements;

→ Analyse des mésententes entre les ressources de type familial ou les ressources intermédiaires et les établissements :

- 4 demandes ont été traitées;

→ Rapports du coroner :

- suivis donnés aux recommandations adressées à l'Agence par le coroner concernant différentes problématiques sur les décès évitables.

CHAPITRE 2

RAPPORT 2005-2006 SUR LES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

1 PRESENTATION

Le présent chapitre porte sur l'application de la procédure d'examen des plaintes en première instance par les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il comporte 2 volets :

Le **premier volet** regroupe différents tableaux contenant des informations sur les plaintes traitées par les établissements.

Le **second volet** renseigne, de façon sommaire, sur les activités réalisées par les établissements concernant l'amélioration de la qualité des services et de la satisfaction des usagers.

Il est produit en annexe un détail plus spécifique des mesures correctives mises en place par les établissements pour améliorer la qualité des services offerts et éviter la récurrence des plaintes reçues.

2 PLAINTES TRAITEES PAR LES ETABLISSEMENTS

2.1 Bilan des dossiers des plaintes conclues

Tous les établissements de la région ont déposé leur rapport des plaintes à l'Agence de la santé et des services sociaux, ce qui permet de présenter un portrait complet.

Comme l'indique le tableau 14, les établissements ont conclu 1 053 plaintes en 2005-2006, ce qui est une augmentation par rapport aux 847 plaintes conclues en 2004-2005.

Les commissaires locaux ont conclu 924 plaintes alors que 129 ont été conclues par les médecins examinateurs.

Tableau 14 – Bilan des dossiers de plaintes, par mission

Catégories d'établissement	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice		Plaintes reçues durant l'exercice		TOTAL		Plaintes conclues durant l'exercice		Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice		Recours au Protecteur des usagers	
	CLQS*1	ME*2	CLQS	ME	CLQS	ME	CLQS	ME	CLQS	ME	CLQS	ME
CH	35	16	626	126	661	142	582	118	79	24	14	6
CLSC	7	2	146	6	153	8	134	6	19	2	5	0
CHSLD	8	0	140	6	148	6	138	5	10	1	1	0
CJ	6	0	45	0	51	0	44	0	7	0	8	0
CR	3	0	28	0	31	0	26	0	5	0	1	0
Sous-total	**59**	**18**	**985**	**138**	**1 044**	**156**	**924**	**129**	**120**	**27**	**29**	**6**
TOTAL	**77**		**1 123**		**1 200**		**1 053**		**147**		**35**	

*1 CLQS : Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
*2 ME : Médecin examinateur

Le tableau 15 donne le détail des plaintes conclues par mission, pour chacun des établissements de la région.

Comme par les années passées, la mission CH se démarque pour le nombre de plaintes conclues, soit 700. Pour les missions CLSC et CHSLD, ce sont sensiblement le même nombre de plaintes qui ont été conclues, soit 140 pour la mission CLSC et 143 pour la mission CHSLD. En ce qui concerne la mission CJ, 44 plaintes ont été conclues. Les 3 établissements ayant une mission centre de réadaptation ont conclu 26 plaintes.

Tableau 15 – Nombre de plaintes conclues par mission et par établissement

Mission et établissements	Plaintes conclues durant l'exercice		
Mission CH	**CLQ**	**ME**	**Total**
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	179	53	232
CSSS d'Arthabaska-Érable	71	22	93
CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	13	10	23
CSSS du Haut-Saint-Maurice	10	4	14
CSSS de l'Énergie (Santé physique)	180	5	185
CSSS de l'Énergie (Santé mentale)	7	0	7
CSSS de Maskinongé	4	2	6
CSSS de Trois-Rivières	56	15	71
CSSS Drummond	62	7	69
Sous-total	**582**	**118**	**700**
Mission CLSC			
CSSS d'Arthabaska-Érable	21	0	21
CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	9	0	9
CSSS du Haut-Saint-Maurice	7	1	8
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	14	1	15
CSSS de l'Énergie	35	0	35
CSSS de Maskinongé	5	1	6
CSSS de Trois-Rivières	28	3	31
CSSS Drummond	15	0	15
Sous-total	**134**	**6**	**140**
Mission CHSLD			
CSSS d'Arthabaska-Érable	11	1	12
CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	3	0	3
CSSS du Haut-Saint-Maurice	3	0	3
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	4	0	4
CSSS de l'Énergie	63	1	64
CSSS de Maskinongé	0	0	0
CSSS de Trois-Rivières	43	3	46
CSSS Drummond	7	0	7
Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.	2	0	2
CHSLD Vigi Les Chutes	2	0	2
Sous-total	**138**	**5**	**143**
Mission CJ			
Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	44	0	44
Sous-total	**44**	**0**	**44**
Mission CR			
Centre de réadaptation InterVal	5	0	5
CSDI Mauricie/Centre-du-Québec	17	0	17
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	4	0	4
Sous-total	**26**	**0**	**26**
TOTAL	**924**	**129**	**1 053**

Le tableau 16 reprend l'ensemble des plaintes conclues en les regroupant par établissement. Le tableau permet de suivre l'évolution des plaintes au cours des 5 dernières années.

Tableau 16 – Nombre comparatif de plaintes conclues par établissement

Établissements	2005-2006	2004-2005	2003-2004	2002-2003	2001-2002
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	232	199	165	131	146
CSSS d'Arthabaska-Érable	126	148	126	97	89
CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska	35	19	8	23	16
CSSS du Haut-Saint-Maurice	25	20	20	13	35
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	19	11	15	20	6
CSSS de l'Énergie	291	132	180	146	143
CSSS de Maskinongé	12	21	11	20	16
CSSS de Trois-Rivières	148	109	100	94	112
CSSS Drummond	91	105	94	113	125
Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.	2	2	3	4	5
CHSLD Vigi Les Chutes	2	1	1	1	5
Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec	44	46	44	35	36
Centre de réadaptation InterVal	5	9	9	6	9
CSDI Mauricie/Centre-du-Québec	17	16	15	14	8
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	4	9	4	3	1
TOTAL	**1 053**	**847**	**795**	**720**	**752**

2.2 Les objets de plaintes

Pour l'année 2005-2006, les 1 053 plaintes conclues par les établissements comprennent 1 511 objets de plaintes. Il est à noter qu'une plainte peut porter sur plusieurs objets de plaintes. Le tableau 17 présente le nombre d'objets de plaintes par mission d'établissement.

Tableau 17 – Nombre d'objets de plaintes compris dans les dossiers conclus par mission

Mission d'établissement	Commissaire local aux plaintes et à la qualité	Médecin examinateur	Total	
	Nombre	Nombre	Nombre	%
CH	833	190	1023	68 %
CLSC	181	7	188	12 %
CHSLD	183	8	191	13 %
CJ	76	0	76	5 %
CR	33	0	33	2 %
TOTAL	**1 306**	**205**	**1 511**	**100 %**

Le tableau 18 présente les catégories d'objets de plaintes par mission.[4]

Il est possible de constater que c'est la catégorie soins et services dispensés avec 422 objets de plaintes qui constitue la plus forte proportion soit 28 %. Ce résultat représente tout de même une diminution de 6% par rapport à l'an dernier.

Les catégories relations interpersonnelles et communication, avec 319 plaintes (21 %), ainsi que accessibilité et continuité des services, avec 270 plaintes (18 %), figurent également parmi les catégories de plaintes pour lesquelles une insatisfaction a été le plus souvent mentionnée. Il est important de souligner que, comparativement à l'année dernière, la catégorie des relations interpersonnelles et communication est en hausse de 3 %, alors que la catégorie accessibilité et continuité des services représente le même pourcentage. Finalement, nous remarquons que la catégorie aspect financier est en hausse de 5 %.

La catégorie environnement et ressources matérielles, avec 182 objets de plaintes, représente 12 % du total, soit une diminution de 2 % par rapport à l'an dernier. Quant à la catégorie droits particuliers et autres objets, elle a un taux semblable à l'an dernier et qui représente 6 % des objets de plaintes.

Tableau 18 – Catégories d'objets de plaintes par mission

Catégories d'objets de plaintes	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR	Total	%
Accessibilité et continuité des services	184	60	7	8	11	270	18 %
Soins et services dispensés	257	67	47	40	11	422	28 %
Relations interpersonnelles et communication	230	34	41	12	2	319	21 %
Environnement et ressources matérielles	125	8	43	1	5	182	12 %
Aspect financier	167	6	45	2	0	220	15 %
Droits particuliers et autres objets	60	13	8	13	4	98	6 %
TOTAL	**1 023**	**188**	**191**	**76**	**33**	**1 511**	**100 %**

2.3 Le suivi donné aux plaintes

Le tableau 19 présente le suivi donné aux objets de plaintes au cours de l'année 2005-2006, tant par les commissaires locaux que par les médecins examinateurs. Les données indiquent que 84 objets de plaintes (près de 6 %) ont été soit rejetés sur examen sommaire, soit abandonnés par le plaignant ou encore interrompus.

Parmi les objets de plaintes dont le traitement a été complété, 658 (46 %) n'ont pas conduit le commissaire local ou le médecin examinateur à identifier des mesures correctives. Par contre, des mesures correctives ont été appliquées ou recommandées pour 769 objets de plaintes, ce qui représente près de 54 % de ceux-ci.

[4] Le lecteur est invité à consulter l'annexe du présent rapport pour obtenir la définition de chacune des catégories d'objets de plaintes.

Parmi les mesures correctives identifiées, près de 91 % l'ont été par les commissaires locaux et 9 % par les médecins examinateurs. Les commissaires locaux identifient des mesures correctives dans 57 % des objets de plaintes dont le traitement est complété alors que les médecins examinateurs le font dans 37 % des cas.

Vous trouverez en annexe au présent rapport une description des mesures correctives apportées et leur fréquence.

Tableau 19 – Suites données aux objets de plaintes selon les types d'actions

Niveau de traitement							Traitement complété				
Catégories d'objets	Rejeté sur examen sommaire		Abandonné		Traitement refusé / interrompu		Sans mesure corrective identifiée		Mesure corrective identifiée *3		**TOTAL**
	CLQS*1	ME*2	CLQS	ME	CLQS	ME	CLQS	ME	CLQS	ME	
Accessibilité et continuité des services	1	0	4	0	2	0	153	14	85	11	**270**
Soins et services dispensés	6	3	10	2	5	0	153	78	149	21	**427**
Relations interpersonnelles	2	0	10	2	3	0	74	17	172	34	**314**
Environnement et ressources matérielles	1	0	1	0	4	0	65	3	108	0	**182**
Aspect financier	0	0	14	0	6	0	51	4	145	0	**220**
Droits particuliers et autres objets	1	0	3	2	2	0	38	8	38	6	**98**
Sous-total	**11**	**3**	**42**	**6**	**22**	**0**	**534**	**124**	**697**	**72**	
TOTAL	**14**		**48**		**22**		**658**		**769**		**1 511**
	84						**1 427**				

*1CLQS : Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
*2 ME : Médecin examinateur
*3 Mesure corrective identifiée : mesure immédiate qui a déjà été mise en application ou mesure envisagée à long terme qui sera appliquée plus tard

2.4 Mode de dépôt

Un plaignant peut formuler une plainte de façon verbale ou écrite. Le tableau 20 présente le mode de dépôt des plaintes en fonction des différentes missions.

Le dépôt verbal est le mode le plus souvent utilisé pour adresser une plainte dans un établissement. Il est utilisé dans 63 % des plaintes conclues alors que le mode écrit l'est dans 37 % des cas.

Tableau 20 – Mode de dépôt des plaintes conclues, par mission

Mission	Dépôt verbal		Dépôt par écrit		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CH	437	62 %	263	38 %	70	100 %
CLSC	98	70 %	42	30 %	140	100 %
CHSLD	95	66 %	48	34 %	143	100 %
CJ	19	43 %	25	57 %	44	100 %
CR	21	81 %	5	19 %	26	100 %
TOTAL	**670**	**64 %**	**383**	**36 %**	**1 053**	**100 %**

2.5 Délai de traitement des plaintes

Le délai prescrit par la loi pour le traitement des plaintes est de 45 jours.

Comme l'indique le tableau 21, un taux de 69 % des plaintes conclues l'ont été à l'intérieur de 45 jours et 31 % sont traitées avec un délai supérieur.

Tableau 21 – Délai de traitement des dossiers de plaintes

Délai de traitement	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR	Total	%
Un jour	57	5	32	0	0	94	9 %
De 2 à 7 jours	90	24	20	2	2	138	13 %
De 8 à 30 jours	191	42	47	13	14	307	29 %
De 31 à 45 jours	115	34	14	15	7	185	18 %
De 46 à 60 jours	68	12	10	8	2	100	9 %
De 61 à 90 jours	47	16	15	6	1	85	8 %
De 91 à 180 jours	93	6	4	0	0	103	10 %
181 jours et plus	39	1	1	0	0	41	4 %
TOTAL	**700**	**140**	**143**	**44**	**26**	**1 053**	**100 %**

2.6 Auteur de la plainte

Le tableau 22 présente le nombre et la proportion des plaintes en fonction de l'auteur de celles-ci. Les usagers déposent eux-mêmes leur plainte dans une proportion de 63 %, ce qui constitue une augmentation de près de 2 % comparativement à l'an dernier.

Le représentant de l'usager est une personne qui agit en lieu et place de l'usager mineur ou de la personne inapte à consentir pour elle-même; c'est habituellement un membre de la famille ou une personne significative. Il dépose la plainte dans 35 % des cas. Il est intéressant de constater un changement dans le type d'auteur de la plainte dans les CHSLD de la région. Ainsi, même si l'on constate que c'est encore le représentant de l'usager qui dépose une plainte (52 % des cas), on remarque que l'usager lui-même dépose sa plainte dans 45 % des cas. Cette situation représente une hausse significative de l'ordre de 26 % par rapport à l'an dernier.

Finalement, il faut mentionner qu'un tiers agit à titre d'auteur de la plainte dans seulement 2 % des signalements. Il s'agit soit d'un pair, d'un employé, d'un chef de département, d'un citoyen ou autre.

Dans certains cas, le plaignant demande assistance et accompagnement dans sa démarche. Les données colligées par les établissements indiquent que cette assistance provient soit de la famille, d'un proche, d'un intervenant, du comité des usagers ou du CAAP qui est l'organisme communautaire désigné selon l'article 76.6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Tableau 22 – Auteur de la plainte et nature de l'intérêt

Catégories d'établissement	Usager	Représentant	Tiers	Total
CH	432	261	8	701
CLSC	108	30	2	140
CHSLD	65	75	3	143
CJ	44	0	0	44
CR	20	2	4	26
TOTAL	**669**	**368**	**17**	**1 054***
Pourcentage	**63 %**	**35 %**	**2 %**	**100 %**

**Le nombre total de plaintes correspond à 1 053. Cette différence dans les données s'explique par le fait que pour un établissement, une plainte pour le même usager ayant le même objet a été déposée par 2 représentants différents.*

3 AUGMENTATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS PAR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES

Le traitement des plaintes et les mesures correctives qu'elles engendrent constituent certes des moyens privilégiés pour faire respecter les droits des usagers, pour augmenter leur satisfaction et pour améliorer la qualité des services. Tel que mentionné précédemment, une annexe au présent rapport contient une description de ces différentes mesures correctives.

Par ailleurs, l'examen des plaintes ne constitue pas la seule activité des établissements dans le but d'améliorer la qualité des services. Les principales activités d'amélioration de la qualité, réalisées et projetées par les établissements de notre région, sont brièvement présentées ici. Sans être exhaustives, ces activités témoignent des efforts déployés par les établissements pour améliorer la qualité de leurs services. En 2005-2006, les démarches d'agrément, la gestion des risques et des mesures de prévention, la gestion des contentions, le développement de l'approche milieu de vie en CHSLD, la mesure et l'amélioration de la satisfaction des usagers, etc. ont été au cœur des préoccupations des établissements. Des efforts importants ont été consacrés aux aspects reliés à l'accessibilité et la continuité des services.

Le rapport présente les activités d'amélioration telles que communiquées par les établissements.

3.1 Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Accessibilité et continuité des services

- Poursuite des travaux en collaboration avec les partenaires, dont les réseaux locaux de services, afin d'améliorer les mécanismes de liaison et les processus de référence pour une meilleure continuité de soins.
- Poursuite de l'adaptation de l'approche du suivi systématique de la clientèle.
- Mise en place d'une rencontre hebdomadaire matinale sur la gestion des lits du CHRTR en intégrant les partenaires du CSSSTR à ces rencontres.
- Poursuite du recrutement afin d'améliorer l'accès aux services faisant face à une pénurie d'effectifs médicaux.
- Utilisation des répondeurs chez la clientèle qui en possède pour laisser un message de confirmation d'un rendez-vous en radiologie.
- Révision du formulaire de prescription d'analyses de laboratoire et d'examens diagnostiques en cardiologie afin de permettre à l'usager de se présenter sur un seul site dans le cadre d'un bilan de santé à plusieurs volets.
- Modification sur la manière de fixer un rendez-vous en cardiologie, soit inscrire le rendez-vous au calendrier dès le premier appel de l'usager au lieu de l'inscrire sur une liste d'attente.
- Insertion des coordonnées de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans le bottin de Bell Canada et sur le site Web.
- Poursuite dans la révision de la coordination dans la logistique des demandes d'examen et l'acheminement des usagers afin de rendre le brancardage plus fluide.

Soins et services

- Clarification des règles en regard de l'inviolabilité de la personne et la garde en établissement adressée aux médecins et au personnel infirmier de la psychiatrie et de l'urgence.
- Instauration d'un système de prélèvement sanguin sans rendez-vous à l'édifice Saint-Joseph.
- Report de chirurgie : le processus sur les priorités opératoires a été modifié afin d'inscrire, en premier, au programme opératoire le cas annulé lors de la prochaine priorité opératoire du chirurgien concerné.
- Instauration d'une feuille de renseignements en vue d'une consultation à l'urgence et envoyée à tous les milieux de vie pour personnes âgées.
- Amorce d'une liaison entre les professionnels et les familles lors de la sortie des usagers en psychiatrie.
- Réorganisation complète des plages horaires pour les examens en imagerie médicale.

- Révision et respect de la politique sur la tenue vestimentaire au bloc opératoire et à la centrale de stérilisation pour le personnel médical et soins infirmiers.
- Révision des modes d'administration des soins se poursuit, déploiement de programmes en cours.
- Modification du cheminement en préadmission des usagers hospitalisés et en chirurgie d'un jour.
- Poursuite des mesures visant à réduire les infections nosocomiales au sein de l'établissement, enseignement au personnel – médecins, lavage des mains, matériel dédié.
- Certains processus au programme des préventions des chutes, en cours.

Relations interpersonnelles

- Plusieurs interventions de la part des chefs de service pour sensibiliser le personnel sur le code d'éthique et à l'amélioration de la qualité des services.

Organisation du milieu et ressources matérielles

- Modification de la grosseur du lettrage indiquant la possibilité d'obtenir un laissez-passer quotidien sur les horodateurs pour les stationnements.
- Ajustement des équipements pour éviter le bruit dans les corridors la nuit.
- Nombreuses autres mises au point des équipements.
- Fixation plus solide des téléviseurs au mur de chaque station en hémodialyse.
- Diffusion d'un communiqué à l'intention du personnel rappelant l'emplacement désigné pour les fumeurs.
- Nettoyage systématique à heures fixes des mégots de cigarettes aux entrées du CHRTR.
- Lignage refait dans tout le stationnement et installation d'affiches supplémentaires pour préciser les endroits où il est interdit de stationner.
- Ajout de stalles de stationnement pour les personnes à mobilité réduite.
- Rappel adressé aux chefs de service sollicitant leur collaboration pour rendre les fauteuils roulants libres à l'entrée principale et en chirurgie d'un jour.
- Renforcement auprès de l'équipe de l'urgence à avoir plus de rigueur et de vigilance dans l'application de la procédure d'identification des biens personnels.
- Aide de la part de l'agent de sécurité pour permettre à un usager à mobilité réduite de gravir la montée pour se rendre à l'entrée principale lorsque l'usager le demande par l'interphone à son arrivée, au stationnement.
- Ajustement technique pour conserver la confidentialité des dossiers radiologiques hors de la vue de la clientèle.

- Disposition particulière afin de prévoir l'enlèvement de l'herbe à poux avant la floraison.

3.2 CSSS d'Arthabaska-Érable

Gestion de la qualité et de la satisfaction des usagers

- Formation du comité de vigilance et de la qualité conformément aux nouvelles dispositions législatives.
- Gestion des plaintes :
  - → adoption du règlement établissant la procédure d'examen des plaintes des usagers,
  - → participation active des différentes directions dans le traitement des plaintes et l'augmentation de la satisfaction des usagers.
- Création d'un comité des usagers et d'un comité de résidents pour chacune des installations d'hébergement conformément à la loi.
- Adoption d'un règlement sur les mesures de contrôle contention – isolement.
- Poursuite des démarches d'implantation du milieu de vie prothétique dans les installations d'hébergement (amélioration des processus (accueil, tableau de soins SMAF imagé, etc.) formation sur l'approche relationnelle, amélioration de l'environnement physique et du matériel, ajout de professionnels, système de déjeuner en vrac, etc.).

Prestation sécuritaire des services et prévention des infections

- Gestion des risques :
  - → mise en place d'un comité afin de contrôler les erreurs de médicaments, gestion et analyse des erreurs de médications attribuables à la pharmacie,
  - → règle de soins et de surveillance clinique lors d'administration de narcotiques.
- Prévention des infections :
  - → adoption d'une nouvelle technique de dépistage SARM, élaboration de protocoles en lien avec la prévention des infections, formation offerte au personnel infirmier et préposés aux bénéficiaires, mesures préventives spécifiques en CHSLD permettant d'éviter la quarantaine, collaboration étroite du service d'entretien ménager et de l'équipe de la DSI pour prévenir toute propagation de SARM, de C. difficile et autre infections,
  - → poursuite de l'élimination du retraitement du matériel à usage unique de type critique, analyse et harmonisation des pratiques au niveau de la stérilisation, etc.

Accessibilité et continuité des services

- Gestion des listes d'attentes :
  - → révision et amélioration des processus visant à diminuer les listes d'attentes dans les différents services de l'établissement : imagerie médicale, biologie médicale, réorganisation du secteur

prélèvements, endoscopie, bloc chirurgical, hémodialyse, physiothérapie, audiologie, utilisation efficiente des salles majeures du bloc chirurgical, mobilité du personnel dans les services d'AEO, etc.,

→ gestion de la durée des hospitalisation : clinique préadmission, suivi des PTG et PTH,

- Diminution des délais d'attentes : amélioration des processus de la salle d'urgence pour diminuer les personnes sur civières et améliorer les délais d'attentes; formation de groupe en diététique.
- Développement des services de santé courants au site CLSC Suzor-Côté, clinique ambulatoire avec rendez-vous avec une infirmière au site CLSC De L'Érable, équipe interdisciplinaire en oncologie.
- Ajout de ressources : agent de liaison en santé mentale, intervenant psycho social dans l'application de la trousse médico-légale, création d'un poste de stomothérapeute.

Soins et services dispensés

- Utilisation du SMAF à la direction des personnes en perte d'autonomie.
- Harmonisation des pratiques : en soins infirmiers, en soutien à domicile, etc. suivi systématique des clientèles (MPOC, diabétiques, etc.), politique sur l'allaitement maternel, amélioration des processus des rencontres de groupes au centre de soins spécialisés en santé mentale et dépendances, services de santé courant au CLSC, augmentation de l'offre de service en résidences privées, réorganisation des services d'aide à domicile, revue de feuillets d'enseignement, etc.

Relations interpersonnelles

- Formation : approche relationnelle, formation OMEGA (prévention des situations à risque de violence), intervention de crise non violente.
- Accueil : amélioration de l'accueil et de la confidentialité dans la direction de la santé mentale et dépendances, procédure d'accueil pour les personnes malentendantes, amélioration de la procédure d'accueil des résidents et des fami[illegible] en CHSLD.
- Amélioration de l'information et des communications avec les usagers dans certains secteurs de l'établissement.

Environnement et ressources matérielles

- Plusieurs projets de réaménagement et d'amélioration des installations : urgence, soins intensifs, unité de débordement, installations CHSLD, stationnement, systèmes de ventilation.

3.3 CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska

Accessibilité

- Complétion des effectifs infirmiers au Service régional Info-Santé et instauration d'un nouveau logiciel Symposium faisant en sorte d'améliorer l'organisation du travail et le temps d'attente.

Accès aux services médicaux

- De nouveaux médecins ont rejoint les rangs et ont fait en sorte de ne plus avoir besoin de médecins dépanneurs; de plus, une réorganisation des horaires de travail des médecins à l'urgence du Centre Christ-Roi a eu lieu.

Soins et services

- Engagement d'une infirmière en prévention des infections nosocomiales, implantation de mesures préventives et monitoring des événements susceptibles de créer des éclosions; création d'un poste d'une infirmière-conseil clinique à la qualité des soins.
- Inspection professionnelle des inhalothérapeutes et des technologistes médicaux.

Relations interpersonnelles

- Formation du personnel à l'accueil/admission afin d'améliorer la manière de recevoir et de répondre adéquatement à la clientèle.
- Sondage auprès des résidents des centres d'hébergement.
- Formation sur l'approche milieu de vie de tout le personnel des centres d'hébergement.
- Toutes les plaintes portant sur cet aspect ont fait l'objet d'une rencontre de sensibilisation entre le supérieur immédiat et l'employé en question avec retour au commissaire aux plaintes.

Organisation du milieu et ressources matérielles

- Toutes les plaintes à cet effet ont donné lieu à des remboursements.
- Le stationnement du Centre Christ-Roi fut l'objet d'une nouvelle disposition afin de mieux utiliser les espaces disponibles. L'épandage d'abrasif sur la glace fut particulièrement problématique cette année et a fait l'objet d'un réalignement avec le fournisseur.
- Les chaises dans la salle d'attente de l'urgence du Centre Fortierville furent changées.
- Des travaux de peinture ont eu cours dans plusieurs installations.
- Les locaux de la radiologie au Centre Christ-Roi furent complètement restaurés.

Droits des usagers

- Engagement d'un adjoint à la direction générale ayant un mandat spécifique en termes de qualité des services qui a œuvré à la refonte du Code d'éthique et du dépliant sur l'examen de plaintes, à la constitution d'un comité de gestion des risques ainsi que d'un groupe de travail en gestion des risques, et des politiques et règlements afférents, à la création d'un comité des usagers et de 6 comités de résidents.

3.4 CSSS du Haut-Saint-Maurice

Qualité

- Modification structurelle : ajout d'une Direction à la qualité et aux soins infirmiers.
- Conclusion d'une entente de services : CSSS du Haut-Saint-Maurice – CSSS de l'Énergie et CSSS de la Vallée-de-la-Bastican (pour services médicaux spécialisés).
- Accréditation comme centre de dépistage désigné pour le PQCDS.
- Entente avec le CSSSÉ pour la lecture des mammographies de dépistage.
- Fondation :
  - → acquisition d'un appareil mobile numérique de scopie,
  - → application du programme de bourse d'études.
- Agrément :
  - → nomination d'un chargé de projet.
- Suivi des recommandations de l'OIIQ (dossier finalisé) :
  - → actualisation des formations recommandées,
  - → auscultation pulmonaire,
  - → documentation au dossier.
- Suivi du plan d'action relié à la visite ministérielle en hébergement :
  - → processus pour implanter le milieu de vie en cours,
- Actualisation des formations reliées aux orientations nationales :
  - → loi 90 : formation aux non-professionnels,
  - → soins palliatifs,
  - → application des mesures de contrôle,
  - → formation relative à la prévention des infections,
  - → formation de l'infirmière en prévention des infections,
  - → formation au personnel de l'entretien ménager,
  - → approche relationnelle en hébergement en cours.
- Support, embauche et intégration des nouveaux professionnels :
  - → amélioration du processus d'embauche des infirmières et infirmières auxiliaires,
  - → mise en place d'un programme d'intégration spécifique aux infirmières auxiliaires,
  - → accueil personnalisé pour les nouveaux médecins.
- Révision du protocole d'antibiothérapie intraveineuse à domicile :

- → ajout d'indicateurs d'évaluation.

- Développement de nouvelles procédures :
  - → allergie au latex,
  - → surveillance lors d'administration des médicaments ayant un effet sur le système nerveux central.
- Comité de gestion de risques :
  - → suivi du protocole d'application des mesures de contrôles,
  - → programme de diminution d'utilisation des mesures de contrôle,
  - → procédure de déclaration et divulgation des accidents/incidents,
  - → comité de prévention des chutes,
  - → comité de prévention des infections,
  - → comité d'analyse d'erreurs associées aux médicaments,
  - → recommandations afin d'éliminer MMUU,
  - → procédure de déclaration des situations dangereuses.
- Implantation d'une feuille d'administration des médicaments (FADM).
- Clinique de facteurs de risque implantée au GMF.
- Engagement dans le processus d'accréditation de l'équipe locale satellite de lutte au cancer.

Satisfaction

- Démarches amorcées pour le comité d'éthique.
- Activité de relance en lien avec la confidentialité et le code d'éthique.
- Élaboration de la charte de vie et de travail pour les résidents en hébergement.
- Mise en place d'un comité de soutien aux proches aidant pour les résidents en hébergement.
- Évaluation de la qualité nutritionnelle offerte à la cafétéria de la polyvalente.
- Support au comité des résidents pour sondage téléphonique de satisfaction s'adressant à la clientèle ayant été hospitalisée en médecine/chirurgie.
- Sondage d'appréciation de la qualité des services au point de service de Parent.

3.5 CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan

Dossier qualité

- Le comité de gestion des risques et de la qualité a tenu 3 rencontres dans la dernière année. L'ensemble du personnel de l'établissement et les ressources non institutionnelles (RNI) ont reçu l'information relative à la culture de gestion des risques et aux procédures de déclaration des

accidents, incidents et de divulgation des accidents. Des mesures ont été identifiées pour prévenir les erreurs de médicaments et un programme de prévention des chutes est en élaboration afin d'assurer un suivi à nos 2 principales causes d'incidents et d'accidents.

- Le comité de prévention des infections a été formé et travaille actuellement à l'élaboration d'un programme de prévention et de contrôle des infections pour tout l'établissement.
- La diminution de l'application des mesures de contrôle demeure une préoccupation constante pour notre personnel. Notre politique sur la liberté de mouvement des personnes en perte d'autonomie a été révisée cette année et nous constatons une diminution de l'utilisation des mesures de contrôle dans nos 4 centres multiservices.
- Notre établissement débutera officiellement sa démarche d'agrément avec le Conseil québécois d'agrément en septembre 2006.
- Inspection professionnelle du Collège des médecins, dentistes et pharmaciens en mai 2005.
- Inspection professionnelle de l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires en juin 2005. Plan d'action en suivi à la visite réalisé au 31 mars 2006.
- Chaque équipe de programme s'est dotée d'un plan d'amélioration de la qualité en lien avec l'accessibilité et la continuité, la qualité des services, les liens de partenariat et le climat de travail de l'équipe.
- Le personnel de 2 centres multiservices et des ressources non institutionnelles ont reçu une formation sur les désordres du comportement et de l'agitation avec le Dr Daniel Taillefer. Cette formation engendre des retombées très positives dans l'amélioration de l'approche relationnelle et la qualité des services.

Dossiers sur la satisfaction des usagers

- Sondage sur la qualité des repas dans un centre multiservice et formation d'un comité sur l'alimentation dans un autre centre, et ce, dans un souci de bien répondre aux attentes des clients hébergés.
- Formation d'un nouveau comité des usagers composé de 10 membres en février 2006.
- Formation de 2 nouveaux comités des résidents afin que chacun de nos 4 centres ait son comité de résidents.
- Réalisation du plan de communication du nouveau code d'éthique et activités de sensibilisation dans chacune de nos installations.
- Rencontre d'information sur le code d'éthique et la procédure de traitement des plaintes auprès des résidents et de leur famille, et ce, en collaboration avec le comité des usagers.

3.6 CSSS de l'Énergie

- Actualisation des tables-réseau pour l'élaboration du projet clinique.
- Réorganisation pour une meilleure accessibilité et continuité des services de santé mentale à la jeunesse.
- Implantation du projet pilote « Ensemble pour les enfants », modèle de services intégrés dans un quartier présentant des indices élevés de défavorisation, le quartier St-Marc-Christ-Roi (le Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie conjointement avec le Centre jeunesse). Utilisation d'une approche écosystémique et de partenariat.
- Accréditation pour 3 ans du programme de lutte contre le cancer.
- Milieu de vie pour la clientèle en santé mentale à l'urgence.
- Respect des engagements reliés à la diminution des listes d'attente en chirurgie.
- Diminution des délais d'attente sur civière en salle d'urgence.
- Réduction de la transmission du SARM et contrôle du Clostridium difficile.
- Uniformisation de l'enseignement pour la clientèle diabétique dans le cadre du suivi systématique.
- Actualisation de l'approche sur « l'humanitude dans le soin » de Gineste-Marescotti pour les centres d'hébergement (formation du personnel, réorganisation, etc.).
- Instauration de réunions régulières offertes aux familles et aux résidents des centres d'hébergement leur permettant d'échanger avec le chef de programmes de l'unité et le conseiller en milieu de vie.
- Participation au comité de transport collectif élargi pour la mise sur pied de transport mieux adapté aux particularités de certaines clientèles dont celle en perte d'autonomie.
- Virage première ligne :
  - → instauration de 2 groupes de thérapie pour les troubles anxieux et d'un groupe de thérapie pour les troubles de personnalité,
  - → ajustement et développement du programme de soutien d'intensité variable.
- Réorganisation du fonctionnement du module psychiatrique à l'urgence par l'ajout d'un préposé aux bénéficiaires spécifique au module de jour et de soir, de même que par l'attribution d'une infirmière spécifique à la clientèle santé mentale par quart de travail.
- Tenue de plusieurs rencontres avec Domrémy en vue d'établir un protocole d'entente pour l'intervention à l'urgence.

3.7 CSSS de Maskinongé

Dossiers qualité

- Gestion des risques :
  - → 2 rencontres du comité de gestion des risques et de la qualité,
  - → le logiciel GESRISK est en opération depuis le mois de septembre 2005. Formation de toutes les infirmières et des infirmières auxiliaires (CHSLD, UCDG, urgence) sur son utilisation,
  - → pour chaque accident divulgué, une rencontre est réalisée entre le chef-programme et l'employé concerné afin d'améliorer nos processus.
- Mesures de contrôle :
  - → politique sur les contentions, adoptée le 3 mai 2005 par le conseil d'administration,
  - → mise en place d'un groupe de travail interdisciplinaire afin d'appliquer la politique,
  - → disponibilité d'une infirmière–ressource afin de supporter les changements de pratique.
- Milieu de vie :
  - → actualisation de l'approche milieu de vie,
  - → rédaction d'un document de référence sur le milieu de vie à l'intention du personnel oeuvrant à la résidence Avellin-Dalcourt.
- Agrément :
  - → depuis octobre 2005, démarche pour l'obtention de l'accréditation du Conseil québécois d'agrément,
  - → mise en place de la structure d'agrément,
  - → comité d'agrément,
  - → comité des opérations,
  - → 6 équipes de réalisation,
  - → analyse des sondages satisfaction,
  - → documentation et rédaction des 24 processus organisationnels,
  - → élaboration du plan d'amélioration,
  - → acheminement du dossier au Conseil québécois d'agrément à la fin du mois de juin 2006. La visite est prévue pour le mois d'octobre 2006.
- Création du réseau local de services et projet d'alignement contingent de l'organisation du travail.
  - → an II du projet en émergence depuis l'automne 2004,
  - → les objectifs poursuivis par ce projet sont :

- définir le projet clinique du réseau local de services couvrant l'ensemble des besoins de la population et précisant l'organisation des services pour les clientèles vulnérables ou ayant des conditions particulières,
- assurer une configuration de services accessibles, offerts en continuité et selon les plus hauts standards de qualité,
- optimiser l'utilisation des ressources humaines pour offrir les services à la population,
- mettre en place les meilleures pratiques reconnues comme ayant un impact sur l'amélioration de la santé et le bien-être de la population,
- éliminer les dysfonctions et les irritants dans l'organisation du travail,
- permettre au personnel de travailler dans un environnement favorisant la mobilisation de celui-ci à offrir des services répondant aux besoins de la population.

- Formations en lien avec la démarche qualité et le réseau local de services :

  → approche clientèle,

  → approche milieu,

  → approche court terme planifiée systémique.

Dossiers sur la satisfaction des usagers

- Politique sur la planification de l'intervention :

  Dans le but de s'assurer de la participation de l'usager, une politique sur la planification de l'intervention est présentement en consultation auprès des instances dans notre établissement. Cette politique interpelle la notion de plan d'intervention et de plan de services intégrés ou individualisés. Cette nouvelle politique s'inscrit dans un système de garantie de la qualité.

- Comité des usagers :

  Un comité des usagers représentatif de l'ensemble des programmes–services est en fonction depuis plus d'un an. 3 rencontres ont eu lieu afin de présenter l'établissement aux nouveaux membres du comité.

- Promotion du régime des plaintes :

  3 mois après l'arrivée d'un usager à la Résidence Avellin-Dalcourt, la conseillère–cadre à la qualité rencontre systématiquement l'usager et ses proches. Elle leur explique le régime d'examen des plaintes et fait le tour de leur satisfaction et de leur insatisfaction à ce jour.

  Selon le sondage du Conseil québécois d'agrément, cette activité est des plus appréciées autant par l'usager que par ses proches.

3.8 CSSS de Trois-Rivières

Dossiers qualité

- Nouveau plan d'organisation : mise en place d'une direction des soins infirmiers, avec des conseillères en soins infirmiers, d'une direction des services professionnels ainsi que d'une conseillère clinique psychosociale.
- Suivi systématique des plaintes, insatisfactions et recommandations par le comité de vigilance et de la qualité des services.
- Rencontres régulières du comité de gestion des risques.
- Formation sur la politique de déclaration des incidents et accidents.
- Formation du personnel concerné sur la politique de divulgation des accidents.
- Choix d'un système informatisé pour la compilation au registre des incidents et accidents.
- Comités et programmes sur la prévention : des plaies de pression, des infections, des chutes.
- Suivi aux recommandations de l'Ordre des infirmières et infirmiers et de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du CHSLD Le Trifluvien.
- Formation du personnel en CHSLD sur l'approche prothétique élargie – volets communication et alimentation, l'approche Gineste Marescotti, les mesures de contrôle.
- Actualisation du programme de décontentionnement et réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.
- Présentation de la politique sur les mesures de contrôle aux résidents et à leur famille.
- Suivi au plan d'amélioration découlant de la visite du Conseil québécois d'agrément (CQA) pour le Centre Cloutier-du Rivage.
- Demande d'engagement au CQA pour le CSSSTR incluant la planification de la certification ISO-15189 pour le laboratoire.

Dossiers sur la satisfaction des usagers

- Nouveau plan d'organisation : nomination d'un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ainsi qu'un adjoint, avec fonctions exclusives et relevant du conseil d'administration.
- Production de rapports significatifs sur les plaintes et insatisfactions.
- Diffusion du code d'éthique au personnel, aux résidents, aux usagers.
- Présentation détaillée du code d'éthique lors de l'accueil des nouveaux employés.
- Tournée d'information du commissaire local aux plaintes et à la qualité visant la promotion de son rôle, la procédure d'examen des plaintes et l'appropriation du code d'éthique.

- Présentation, par le comité des usagers, des principaux résultats d'un sondage de satisfaction.
- Révision et harmonisation des processus d'accueil des nouveaux résidents en hébergement de longue durée.
- Réalisation systématique des plans d'intervention pour les résidents hébergés, avec la participation de l'usager ou son représentant.

3.9 CSSS Drummond

- Implantation du suivi systématique de la clientèle ayant un diagnostic d'accident vasculaire cérébral.
- Implantation du suivi systématique de la clientèle pour les usagers subissant une intervention chirurgicale orthopédique de prothèse totale de la hanche ou du genou.
- Ouverture de l'unité d'intervention brève en psychiatrie pour assurer une prise en charge rapide de la clientèle qui se présente à l'urgence pour des troubles de santé mentale.
- Implantation des notes ciblées pour les infirmières des différentes unités de soins. Les notes ciblées assurent notamment une meilleure continuité et sécurité des soins et services infirmiers auprès des usagers.
- Ajout d'une équipe dédiée à la désinfection des petits équipements partagés pour réduire les risques de contracter une infection nosocomiale.
- Amélioration de la rétention de la clientèle en urologie avec l'arrivée d'un nouveau médecin spécialiste. Ajout de nouveaux équipements dans cette discipline pour éviter que cette clientèle doive se déplacer vers d'autres centres.
- Élimination de la liste d'attente en angiographie rétinienne (200 usagers en attente l'an dernier).
- Ajout de chambre de bains sur les unités pour les usagers et ajout de lavabos pour le personnel dans les corridors, ceci dans le but de réduire les risques de contracter une infection nosocomiale.
- Recrutement de 5 pharmaciens, permettant ainsi de donner plus de soins et services personnalisés dans plusieurs domaines dont l'oncologie.
- Personnel dédié à la prévention du suicide dont une travailleuse sociale à l'urgence qui s'occupe de cette clientèle 7 jours sur 7. Un comité intersectoriel en prévention du suicide est actif sur le territoire. Le mandat est notamment d'améliorer la référence des usagers en détresse vers les intervenants désignés en prévention du suicide.
- Amélioration des aménagements extérieurs (sentier, accès extérieur et verrière) pour les personnes en hébergement de longue durée.
- Questionnaire de satisfaction réalisé auprès de la clientèle hébergée.
- Implantation d'un programme de dysphagie.

- L'évaluation de la qualité des soins et services lors de l'activité du coucher pour la clientèle hébergée.
- Campagne de sensibilisation au milieu de vie, sur le droit à l'intimité et à l'expression du besoin de sexualité chez le résident.

3.10 Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.

- Réorganisation des soins et des services dans le cadre du concept milieu de vie :
  - → poursuite du projet « milieu de vie prothétique »,
  - → appropriation par l'ensemble du personnel,
  - → modification des horaires de travail du personnel.
- Formation du personnel soignant sur la gestion des risques.
- Préparation à la démarche d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé.
- Participation à la visite d'appréciation de la qualité des services en milieu de vie – Décembre 2005.
- Acquisition d'équipements favorisant l'amélioration de la qualité de vie des résidents : fauteuils roulants, fauteuils gériatriques, fauteuils berçants.

3.11 CHSLD Vigi Les Chutes

Nous sommes demeurés actifs au niveau de l'amélioration de la qualité poursuivant notamment la formation sur les droits des résidents dans une approche milieu de vie auprès des nouveaux employés.

Nous avons aussi reçu une visite d'appréciation de la qualité au mois de février dernier.

Sur le plan administratif :

- Ajout de personnel au niveau des soins infirmiers et professionnels notamment au niveau de l'embauche d'infirmières auxiliaires.
- Poursuite du processus de recrutement d'un deuxième médecin.
- Suivi des étapes de réalisation du plan d'action pour la mise en œuvre des orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD ».
- Suivi et application des mesures correctives identifiées suite à l'enquête administrative sur le respect des résidents et le climat de travail et application des suivis.
- Maintien de la collaboration et des liens de partenariat avec le comité des résidents.
- Rappel des comportements attendus concernant la culture organisationnelle de tolérance zéro et rediffusion du code d'éthique; poursuite de la formation sur le respect des droits en milieu d'hébergement.

- Révision en cours du code d'éthique pour inclure les nouvelles dispositions législatives en regard de la gestion des risques, de la divulgation et du signalement.
- Organisation de la première journée santé-sécurité au travail.
- Diffusion du dépliant « Une vision globale des risques » et rencontre d'information avec les membres du personnel et le comité des résidents.
- Diffusion du dépliant « Assurer un environnement sain, sécuritaire et respectueux, c'est l'affaire de tous » concernant la prévention, le harcèlement et la violence en milieu de travail.
- Visite ministérielle d'appréciation de la qualité en CHSLD (février 2006).
- Adoption de la politique concernant l'utilisation de service d'accompagnement privé.

Sur le plan clinique :

- Mise à l'essai d'un outil d'appréciation de la satisfaction de la clientèle dans deux centres de Vigi. Considérant les résultats positifs obtenus lors de l'essai, nous sommes présentement en processus d'implantation de l'outil dans l'ensemble des installations de Vigi Santé.
- Poursuite de la rédaction, mise à jour et révision des plans d'intervention pour tous les résidents en conformité avec les orientations ministérielles et en respect du rythme et des habitudes de vie des résidents. Ex. : heures du coucher.
- Réorganisation des plans de travail du personnel clinique suite à l'ajout d'infirmières auxiliaires dans la structure.
- Réalisation de la deuxième Olympiade pour les résidents à l'été 2005.
- Révision du programme d'intervention en unité prothétique et mise en place de l'unité.
- Formation/information clinique et technique sur : le respect des droits en milieu d'hébergement; la démarche de soins et les alertes nursing; les soins de la peau et prévention des infections; les soins des plaies; la tenue de dossier; l'examen clinique; la gestion des ordonnances; la révision des techniques de soins; la réanimation cardiorespiratoire; la méthode Heimleich; la gestion des risques; Simdut; PDSB; Clinibase; l'intervention en unité prothétique; la gestion de la douleur.
- Promotion des droits :
  - → distribution aux résidents, répondants et membres du personnel de fascicules de la série « Entre vous et moi » donnant diverses informations concernant la vie des résidents en milieu d'hébergement.
- Organisation d'une conférence offerte aux résidents, familles, membres du personnel sur la cohabitation avec des résidents atteints de déficits cognitifs.
- Sur le plan de l'environnement physique :
  - → coloration de l'unité prothétique,

- → coloration de plusieurs chambres,
- → acquisition d'une civière de douche et de deux chaises de douche,
- → relance faite à l'Agence pour le réaménagement des postes de soins,
- → demande à l'Agence pour l'aménagement d'une cour arrière,
- → relance faite à l'Agence pour le remplacement des gicleurs et du panneau central d'incendie,
- → amélioration de la gestion sécuritaire des produits dangereux en modifiant la configuration des chariots d'entretien sanitaire et de maintenance pour sécuriser l'accès des résidents à des produits dangereux,
- → utilisation d'un nouveau prototype de sac avec support pour les produits de soins disposés sur les chariots de lingerie des soins infirmiers.

3.12 Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

- Gestion des risques :
  - → le comité a été formé et s'est réuni à 2 reprises. Des travaux sont en cours pour informatiser toute la procédure.
- Mesure de contrôle :
  - → présentation au conseil d'administration de l'évaluation annuelle du Règlement sur l'utilisation de la contention en centre de réadaptation et lors des transports sécuritaires.
- Agrément :
  - → la démarche d'agrément est en cours.
- Adoption du Cadre de référence sur le retrait et le placement des jeunes en contexte d'autorité et formation dispensée au personnel.
- Sondage sur la satisfaction des usagers fait dans le cadre de la démarche d'agrément.
- Maintien de l'envoi d'une pochette d'informations aux parents de tous les enfants pour lesquels le Directeur de la protection de la jeunesse a retenu un signalement.
- Rencontre entre des équipes de travail et le comité des usagers au sujet du code d'éthique.

3.13 Centre de réadaptation InterVal

La démarche entreprise par l'établissement en vue d'améliorer la qualité de ses services s'est traduite par des actions concrètes au cours de l'année. Les actions les plus significatives sont les suivantes :

- L'élaboration de protocoles de prévention et de contrôle des infections.

- L'élaboration d'une politique d'aide aux employés lors d'une situation menaçante pour la santé et la sécurité dans l'exercice de leurs fonctions.
- L'adoption d'une politique portant sur les mesures de contention et de contrôle.
- L'amorce des travaux du comité interne visant à planifier la réaction de l'établissement vis-à-vis une éventuelle pandémie d'influenza.
- La mise en place d'un comité sur la santé et la sécurité au travail.
- La poursuite des travaux du comité de gestion des risques en conformité avec les dispositions législatives en vigueur. Le comité en est à sa deuxième année complète d'opération. Le registre des accidents et incidents a permis d'identifier la nature des accidents les plus fréquents. Les règlements sur la déclaration des incidents et accidents et sur la divulgation des accidents ayant des conséquences sont en vigueur.
- La mise en place d'un système de planification de la formation et du développement des compétences du personnel par la production d'un plan de formation annuel pour chacune des équipes.
- La mise en opération d'un comité visant à préciser les orientations de l'établissement vis-à-vis certaines approches d'intervention versus la formation des intervenants.
- La poursuite des travaux d'écriture de la programmation clinique et de l'évaluation de programme, particulièrement au programme de traumatologie.
- La poursuite du déploiement de la coordination professionnelle au sein des équipes.
- La définition de l'offre de service de l'établissement dans le cadre de l'élaboration des projets cliniques de chacun des réseaux locaux de la région.
- La réalisation de 2 sondages, en collaboration avec le Conseil québécois d'agrément (CQA); un premier sur la perception de la qualité des services par la clientèle, un deuxième sur la perception du climat organisationnel par les employés. La qualité des liens avec les partenaires a fait l'objet d'un examen particulier.
- La finalisation d'un sondage, en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, auprès des usagers de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Intégration des données recueillies au sondage global de la clientèle, en collaboration avec le CQA.
- L'obtention par le Centre, au début de l'année 2006 de son certificat d'agrément du Conseil québécois d'agrément. C'était la première démarche d'agrément du Centre de réadaptation InterVal.

3.14 Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec

Au cours de l'année 2005-2006, le CSDI MCQ a réalisé un ensemble d'activités ayant pour but l'amélioration continue de la qualité des services offerts à la clientèle. Sans qu'elles soient exhaustives,

nous vous les présentons de façon synthétisée, tel que demandé par l'Agence de la santé et des services sociaux.

- Le comité consultatif sur la gestion des risques d'incident et d'accident et mesures de contrôle est opérationnel depuis 2 ans. Au cours de l'année 2005-2006, ce dernier a tenu 5 rencontres et présenté un rapport sur les accidents et incidents ainsi que sur les mesures de contrôle au conseil d'administration du CSDI MCQ. L'établissement poursuit ses travaux relativement à l'implantation d'un registre des accidents et incidents.
- Dans le cadre de sa deuxième démarche d'agrément, le CSDI MCQ a réalisé son autoévaluation au cours de l'année 2005-2006. Les objectifs du plan d'amélioration couvrent l'ensemble des priorités soulevées par les équipes de réalisation et la direction de l'établissement.
- L'établissement a procédé à l'adoption et à la diffusion d'une politique de l'éthique en milieu de travail.
- Le Centre a procédé à la révision de la politique sur l'encadrement de l'intervention en cas de violence faite aux personnes inscrites et desservies par le CSDI MCQ. Cette politique a pour but, entre autres, de prévenir l'apparition de la violence, tant au niveau organisationnel qu'aux niveaux éducatif et clinique.
- L'établissement a reçu la visite de l'équipe d'évaluateurs du MSSS pour l'appréciation de la qualité des services offerts en RTF-RI. 8 ressources ont été visitées. 15 responsables de RTF et 16 responsables de RI ont été rencontrés. Les recommandations ont fait l'objet d'un plan d'action.
- Dans le cadre de la révision de la nouvelle structure hiérarchique, le CSDI MCQ a procédé à la mise en place d'une direction de la qualité (Direction de la recherche, de l'enseignement et de la qualité [DREQ]).
- Le comité de résolution de dilemmes éthiques est toujours actif. Il a tenu 3 rencontres au cours de l'année 2005-2006 afin de solutionner des situations particulières au plan éthique.
- 9 formations portant sur le processus de vieillissement et 8 formations sur l'administration des médicaments ont été données au personnel et aux responsables des RTF-RI.
- Le CSDI MCQ a consacré 6 865 heures de formation au personnel qui intervient auprès des personnes présentant des troubles envahissants du développement afin de rehausser la qualité de l'intervention dans ce domaine.
- Le comité de concertation impliquant la Direction territoriale Sud du Curateur public et le CSDI MCQ a tenu 5 rencontres. Des démarches sont en cours pour créer un tel comité avec la Direction territoriale Nord du Curateur public.
- Le CSDI MCQ a procédé au rehaussement des services offerts aux personnes présentant des troubles graves du comportement sur les plans résidentiel et intervention clinique et a débuté la révision du programme de double expertise avec le CSSS de l'Énergie.

Dossiers sur la satisfaction des usagers

- Les résultats des sondages réalisés dans le cadre de la démarche d'agrément témoignent de la très grande satisfaction des usagers en ce qui a trait à la qualité des services reçus. En effet, le CSDI MCQ se démarque des autres CRDI en enregistrant des performances au-dessus de la moyenne dans ce domaine. Parmi les répondants, 80 usagers étaient aptes à répondre au questionnaire.
- Plus de 200 dépliants d'information sur le processus de plainte ont été distribués dans les points de service du CSDI MCQ au cours de l'année 2005-2006.
- 210 codes d'éthique ont été remis à des parents, aux nouveaux employés, aux nouvelles familles d'accueil et aux stagiaires.

Ce sont là les principales activités reliées à l'amélioration de la qualité des services réalisés par le CSDI MCQ au cours de l'année 2005-2006.

3.15 Domrémy Mauricie /Centre-du-Québec

- Nous avons formellement obtenu la certification de la qualité de nos services auprès du CQA le 9 juin 2005. Nous avons consacré l'essentiel de nos énergies à l'actualisation progressive de notre plan d'amélioration 2005-2008. Nos actions au cours de la dernière année ont été principalement centrées sur :
  - → l'élaboration et l'actualisation d'une politique de communication externe,
  - → la révision de la gestion des processus d'accueil des usagers dans certains centres de services et le suivi systématique des délais de prise en charge dans l'ensemble de nos sites,
  - → le développement d'outils de rétroaction systématisée auprès de la clientèle et le suivi rigoureux de la révision des plans d'intervention,
  - → le développement d'objectifs d'équipes au sein du personnel et l'évaluation systématisée de la contribution du personnel à la mission de l'établissement,
  - → l'actualisation du nouveau cadre de référence des services avec hébergement et la mise en place de mécanismes pour améliorer la continuité entre nos services externes et avec hébergement,
  - → l'élaboration d'ententes avec plusieurs CSSS et autres partenaires pour améliorer l'accessibilité et la continuité entre nos services respectifs,
  - → la révision de nos processus de planification et de suivi de la gestion de nos ressources matérielles, ainsi que la mise à jour de nos plans d'urgence.
- Nous avons obtenu une mention spéciale au Prix d'excellence en administration publique du Québec le 8 novembre 2005 pour la qualité de notre gestion de l'implantation d'un Réseau Intégré de Services en Désintoxication, en collaboration avec le CHRTR.

- Avec le support financier de Santé Canada, nous avons poursuivi l'actualisation et l'évaluation de notre projet de formation croisée visant l'amélioration de l'intégration des services en dépendances et en santé mentale, de concert avec nos partenaires du CSSS de l'Énergie.
- Nous avons entrepris l'évaluation d'impact de notre nouveau programme « Jeunesse-Famille », avec le support de l'UQTR, du RISQ et du MSSS.
- Nous avons procédé à la révision du code d'éthique des employés de l'établissement.
- Le comité des usagers a poursuivi ses activités mensuelles à notre centre de services avec hébergement, tout en s'impliquant dans la cueillette des insatisfactions des usagers à l'égard de nos services.
- Finalement, le comité de gestion des risques a enregistré 13 accidents et un incident au cours de la dernière année. La très grande majorité des accidents concernent des pertes d'équilibre et des chutes dans les escaliers de notre centre de services avec hébergement. 11 recommandations formelles ont été formulées par le comité et furent actualisées en cours d'année.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services permet d'identifier certaines problématiques régionales. Il favorise l'élaboration de recommandations pouvant améliorer le fonctionnement du régime des plaintes et la qualité des services. Les lignes qui suivent contiennent certaines recommandations en lien avec le contenu du rapport et les modifications législatives qui seront mises en œuvre au cours des prochains mois.

- Les plaintes concernant les soins et services dispensés constituent encore le principal motif de plaintes adressées dans les établissements de notre région. Les relations interpersonnelles et l'accessibilité aux soins et services constituent également des problématiques régulièrement soulevées par les plaintes des usagers. Il faudra continuer d'explorer ce phénomène avec les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services.

  Recommandation :

  - *Poursuivre les démarches avec les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services dans le but d'explorer les motifs et les pistes de solution concernant les plaintes sur les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles et la communication, et l'accessibilité aux soins et services.*

- La région compte 222 organismes communautaires oeuvrant en santé et services sociaux qui sont reconnus par l'Agence. Le nombre d'organismes pour lesquels une plainte est logée à l'Agence demeure peu élevé. Les différentes interventions au sein des organismes communautaires permettent de constater que le régime des plaintes est peu connu au sein de ces organismes. Une telle situation n'est pas de nature à favoriser l'exercice de ce droit de recours de la part de l'utilisateur des services de ces organismes. Dans ce contexte, nous croyons que la mise en œuvre de mécanismes d'information et de sensibilisation pourrait permettre de corriger cette situation.

  Recommandation :

  - *Convenir avec la Table régionale des organismes communautaires (TROC) et les organismes communautaires eux-mêmes :*

    - *des mécanismes à mettre en œuvre pour les informer et les sensibiliser sur le régime des plaintes au cours de l'année 2005-2006,*
    - *des mécanismes à mettre en œuvre pour informer et sensibiliser les utilisateurs des services des organismes sur leurs droits en général et sur le régime des plaintes.*

- L'adoption prévue d'une nouvelle loi au cours de l'année 2005-2006 devrait apporter son lot de modifications dans l'exercice des fonctions du commissaire régional et des commissaires locaux. Le projet de loi mis de l'avant par le ministre prévoit notamment l'exercice de fonctions exclusives de la part des commissaires et la création de comités de vigilance au sein des conseils d'administration de

l'Agence et des établissements. Il faut donc prévoir que des actions devront être mises en place pour faciliter le déploiement des dispositions prévues par cette loi.

Recommandations :

- *Voir à la mise en place des dispositions de la nouvelle loi en lien avec les responsabilités de l'Agence dans l'application du régime d'examen des plaintes (création d'un comité de vigilance, modification de la procédure d'application des plaintes, etc.)*
- *Soutenir les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et les établissements dans la mise en place des dispositions relatives au traitement des plaintes et à la qualité des services.*

- La région compte 262 résidences privées pour personnes âgées. À compter du 1er avril 2006, toute personne qui réside dans une résidence inscrite au registre régional pourra adresser directement une plainte au commissaire régional. Bien entendu, cette nouvelle disposition légale devra faire l'objet à la fois d'information et de sensibilisation auprès des propriétaires des résidences et des personnes âgées qu'ils accueillent.

  Recommandations :

  - *Mettre en œuvre des mécanismes d'information et de sensibilisation auprès des responsables de ces résidences et auprès des résidents.*
  - *Utiliser les normes sociosanitaires définies par le Ministère à titre d'indicateurs dans le traitement des plaintes en résidences privées.*

ANNEXE

OBJETS DE PLAINTES ET MESURES CORRECTIVES

Sur un nombre total de 1 511 objets de plaintes traités par les établissements, 769 se sont vu identifier une mesure corrective, soit 54 %. Ce sont 812 mesures correctives qui ont été identifiées. Cette annexe a pour but de donner plus de détails sur la nature de ces 812 mesures, et ce, pour chacune des catégories d'objet de plainte.

L'annexe est donc divisée comme suit :

- Catégorie d'objet de plainte :
  - → définition sommaire,
  - → tableau par mission pour l'ensemble des établissements,
  - → identification des mesures, listées par ordre alphabétique,
  - → nombre de fois où chaque mesure a été identifiée,
  - → pourcentage de chaque mesure par rapport à l'ensemble des mesures de cette catégorie,
  - → pourcentage des mesures de cette catégorie par rapport à l'ensemble de toutes les mesures correctives, soit 812,
- Brève explication sur chacune des mesures identifiées.

1 ACCESSIBILITE ET CONTINUITE

Définition

Cette catégorie vise à identifier des problèmes structurels reliés principalement à l'accessibilité et à la continuité des services. Elle permet également de faire état des difficultés concernant les modalités, les mécanismes d'accès ou les conditions qui doivent être présentes pour mettre en application le droit aux services.

Ce droit aux services suppose qu'un usager ait accès au bon service au moment opportun et que les services requis par son état soient dispensés aussi longtemps que nécessaire.

La continuité est l'absence d'interruption dans les services requis et le maintien d'une cohésion, d'une cohérence entre les séquences successives de services, ce qui suppose la circulation des informations pertinentes, la mise en œuvre d'approches concertées tel le mécanisme de coordination multidisciplinaire ou interétablissement, par exemple.

Tableau 23 – Accessibilité et continuité, mission CH

Accessibilité et continuité	Nombre	%
Adaptation des services	2	2%
Ajustement administratif	9	9%
Ajustement des activités professionnelles	4	4%
Ajustement technique ou matériel	3	3%
Amélioration de la continuité	3	3%
Amélioration des communications	2	2%
Amélioration des mesures de sécurité / protection	1	< 1%
Changement d'intervenant	1	< 1%
Encadrement des intervenants	1	< 1%
Évaluation des besoins	1	< 1%
Information et sensibilisation des intervenants	18	17%
Obtention des services	3	3%
Réduction du délai	2	2%
Régulation du processus d'accès	1	< 1%
Respect des droits des usagers	1	< 1%
Révision – allocation des ressources	2	2%
Révision – système d'accès	1	< 1%
Révision – Autre	1	< 1%
Utilisation d'interprète	1	< 1%
Autre **	6	6%
TOTAL	**63**	**61%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 24 – Accessibilité et continuité, mission CLSC

Accessibilité et continuité	Nombre	%
Adaptation des services	4	4%
Adoption / élaboration de politique et règlement	1	< 1%
Adoption / élaboration de procédure - autre	1	< 1%
Ajustement des activités professionnelles	2	2%
Ajustement technique ou matériel	2	2%
Amélioration des communications	3	3%
Changement d'intervenant	1	< 1%
Encadrement des intervenants	1	< 1%
Information et sensibilisation des intervenants	4	3%
Obtention des services	2	2%
Réduction du délai	1	< 1%
Révision – Politique et règlement	1	< 1%
Révision – Système d'accès	1	< 1%
Révision – Autre	1	< 1%
Autre**	1	< 1%
TOTAL	**25**	**24%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 25 – Accessibilité et continuité, mission CHSLD

Accessibilité et continuité	Nombre	%
Adaptation des services	1	1%
Ajustement des activités professionnelles	1	1%
Autre**	1	1%
TOTAL	**3**	**3%**

*** Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 26 – Accessibilité et continuité, mission CJ

Accessibilité et continuité	Nombre	%
Amélioration des communications	2	2%
Information et sensibilisation des intervenants	1	1%
TOTAL	**3**	**3%**

Tableau 27 – Accessibilité et continuité, mission centre de réadaptation (CR)

Accessibilité et continuité	Nombre	%
Adaptation des services	1	1%
Amélioration des communications	1	1%
Changement d'intervenant	2	2%
Obtention des services	1	1%
Réduction du délai	1	1%
Régulation du processus d'accès	1	1%
Relocalisation de l'usager et transfert	2	2%
TOTAL	**9**	**9%**

Total des mesures correctives Accessibilité et continuité	**103**	**100%**
Pourcentage des mesures correctives totales	**13%**	

2 SOINS ET SERVICES DISPENSES

Définition

Les soins et services touchent l'application de connaissances, du savoir-faire et des normes de pratique à la situation de l'usager.

Il s'agit de la scientificité des actes posés par les professionnels. La notion de services adéquats au plan scientifique signifie que les services doivent être rendus en conformité avec les normes généralement reconnues dans les milieux professionnels et scientifiques.

Tableau 28 – Soins et services dispensés, mission CH

Soins et services dispensés	Nombre	%
Adaptation des services	3	2%
Adoption / élaboration de procédure – autre	2	> 1%
Adoption / élaboration de protocole clinique ou administratif	1	< 1%
Ajustement administratif	2	> 1%
Ajustement des activités professionnelles	3	2%
Amélioration de la continuité	1	< 1%
Amélioration des communications	8	4%
Amélioration des mesures de sécurité et de protection	1	< 1%
Encadrement des intervenants	5	3%
Évaluation des besoins	1	< 1%
Formation des intervenants	3	2%
Information et sensibilisation des intervenants	36	20%
Obtention des services	1	< 1%
Révision – Organisation des services	1	< 1%
Révision – Protocole clinique ou administratif	1	< 1%
Révision – Procédure – autre	2	> 1%
Révision – Autre	1	< 1%
Autre **	3	2%
TOTAL	**75**	**42%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 29 – Soins et services dispensés, mission CLSC

Soins et services dispensés	Nombre	%
Adaptation des services	7	4%
Adoption / élaboration – PI / PSI	1	< 1%
Adoption / élaboration de politique et règlement	3	2%
Adoption / élaboration procédure – autre	1	< 1%
Ajustement administratif	1	< 1%
Ajustement financier	1	< 1%
Amélioration de la continuité	1	< 1%
Amélioration des communications	1	< 1%
Amélioration des mesures de sécurité / protection	1	< 1%
Cessation des services	1	< 1%
Changement d'intervenant	2	> 1%
Encadrement des intervenants	4	2%
Évaluation des besoins	2	> 1%
Formation des intervenants	3	2%
Information et sensibilisation des intervenants	5	3%
Mesure disciplinaire	1	< 1%
Révision – Organisation des services	3	2%
Révision – PI / PSI	1	< 1%
Révision – Procédure– autre	1	< 1%
Révision – Système d'accès	1	< 1%
Autre **	1	< 1%
TOTAL	**42**	**23%**

*** Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 30 – Soins et services dispensés, mission CHSLD

Soins et services dispensés	Nombre	%
Adaptation des services	8	4%
Adaptation du milieu de vie	1	< 1%
Ajustement administratif	2	1 %
Ajustement des activités professionnelles	3	2%
Amélioration de la continuité	1	< 1%
Amélioration des communications	1	< 1%
Changement d'intervenant	1	< 1%
Encadrement des intervenants	7	4%
Évaluation des besoins	1	< 1%
Formation des intervenants	5	3%
Information et sensibilisation des intervenants	7	4%
Mesure disciplinaire	2	1%
Respect des droits de l'usager	1	< 1%
Révision – Protocole clinique ou administratif	1	< 1%
Autre **	1	< 1%
TOTAL	**42**	**23%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 31 – Soins et services dispensés, mission CJ

Soins et services dispensés	Nombre	%
Amélioration des mesures de sécurité	1	< 1%
Encadrement des intervenants	1	< 1%
Formation des intervenants	2	1%
Information et sensibilisation des intervenants	4	2%
Mesure disciplinaire	1	< 1%
Respect des droits de l'usager	1	< 1%
Révision – Procédure – autre	2	1%
TOTAL	**12**	**7%**

Tableau 32 – Soins et services dispensés, mission centre de réadaptation (CR)

Soins et services dispensés	Nombre	%
Adaptation des services	1	< 1%
Adoption / élaboration de procédure – autre	1	< 1%
Ajustement des activités professionnelles	1	< 1%
Amélioration des communications	1	< 1%
Amélioration des conditions de vie	1	< 1%
Encadrement des intervenants	2	1%
Formation des intervenants	1	< 1%
TOTAL	**8**	**4%**

Total des mesures correctives Soins et services dispensés	**179**	**100 %**
% des mesures correctives totales	**22%**	

3 RELATIONS INTERPERSONNELLES ET COMMUNICATIONS

Définition

L'aspect interpersonnel fait appel aux caractéristiques sociopsychologiques de la relation praticien-client.

La notion de relation interpersonnelle rejoint le savoir-être des professionnels et des intervenants. Il s'agit d'une relation d'aide, d'assistance et de soutien, conformément à l'éthique du milieu, dans le respect de la dignité, des valeurs, des droits et libertés, des attentes et des aspirations légitimes de l'usager.

Tableau 33 – Relations interpersonnelles et communications, mission CH

Relations interpersonnelles	Nombre	%
Adoption / élaboration – procédure d'examen	1	< 1%
Ajustement des activités professionnelles	2	1%
Amélioration des communications	10	5%
Encadrement des intervenants	19	9%
Formation des intervenants	1	< 1%
Information et sensibilisation des intervenants	109	50%
Mesure disciplinaire	2	1%
Production et dépôt d'un rapport ou d'un avis – protecteur des usagers	1	< 1%
Respect des droits des usagers	1	< 1%
Révision du code d'éthique	1	< 1%
Révision – autre	1	< 1%
Autre**	7	3%
TOTAL	**155**	**72%**

*** Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 34 – Relations interpersonnelles et communications, mission CLSC

Relations interpersonnelles	Nombre	%
Amélioration des communications	1	< 1%
Changement d'intervenant	2	1%
Encadrement des intervenants	4	2%
Information et sensibilisation des intervenants	15	7%
Respect des droits de l'usager	1	< 1%
Autre**	2	1%
TOTAL	**25**	**12%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 35 – Relations interpersonnelles et communications, mission CHSLD

Relations interpersonnelles	Nombre	%
Adaptation des services	2	1%
Adoption / élaboration de politique et règlement	1	< 1%
Amélioration des communications	1	< 1%
Amélioration des conditions de vie	1	< 1%
Encadrement des intervenants	8	4%
Formation des intervenants	1	< 1%
Information et sensibilisation des intervenants	11	5%
Mesure disciplinaire	3	1%
Respect des droits de l'usager	2	1%
Autre**	1	< 1%
TOTAL	**31**	**14%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 36 – Relations interpersonnelles et communications, mission CJ

Relations interpersonnelles et communications	Nombre	%
Encadrement des intervenants	2	< 1%
Information et sensibilisation des intervenants	1	< 1%
TOTAL	**3**	**1%**

Tableau 37 – Relations interpersonnelles et communications, mission centre de réadaptation (CR)

Relations interpersonnelles et communications	Nombre	%
Adoption / élaboration – Autre	1	< 1%
Amélioration des communications	1	< 1%
TOTAL	**2**	**1%**

Total des mesures correctives Relations interpersonnelles	**216**	**100%**
% des mesures correctives totales	**27%**	

4 ENVIRONNEMENT ET RESSOURCES MATERIELLES

Définition

Il s'agit de l'environnement matériel physique au sein duquel le service est donné et qui influe sur la qualité des services. Cet environnement fait référence aux notions d'intimité, mixité des clientèles, hygiène et salubrité, propreté des lieux, organisation spatiale, sécurité et protection.

Tableau 38 – Environnement et ressources matérielles, mission CH

Environnement et ressources matérielles	Nombre	%
Adaptation des services	3	2%
Adoption / élaboration – politique et règlement	2	2%
Adoption / élaboration – procédure – autre	1	< 1%
Adoption / élaboration – autre	1	< 1%
Ajustement administratif	2	2%
Ajustement des activités professionnelles	2	2%
Ajustement technique ou matériel	31	25%
Amélioration des conditions de vie	1	< 1%
Amélioration des mesures de sécurité et de protection	2	2%
Formation des intervenants	1	< 1%
Information et sensibilisation des intervenants	15	12%
Obtention des services	1	< 1%
Révision – autre	1	< 1%
Autre**	7	6%
TOTAL	**70**	**56%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 39 – Environnement et ressources matérielles, mission CLSC

Environnement et ressources matérielles	Nombre	%
Adaptation des services	1	< 1%
Ajustement technique ou matériel	2	2%
Amélioration des mesures de sécurité et de protection	2	2%
Autre**	1	< 1%
TOTAL	**6**	**5%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 40 – Environnement et ressources matérielles, mission CHSLD

Environnement et ressources matérielles	Nombre	%
Adaptation des services	5	4%
Adaptation du milieu de vie	6	5%
Adoption / élaboration de politique et règlement	1	1%
Adoption / élaboration – Autre	1	1%
Ajustement technique ou matériel	11	9%
Amélioration des communications	1	1%
Encadrement des intervenants	3	2%
Information et sensibilisation des intervenants	3	2%
Régulation du processus d'accès	1	1%
Révision – Organisation des services	1	1%
Révision – Politique et règlement	1	1%
Autre**	4	3%
TOTAL	**38**	**31%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Relativement au Centre jeunesse, il n'y a aucune mesure corrective portant sur l'environnement et les ressources matérielles.

Tableau 41 – Environnement et ressources matérielles, mission centre de réadaptation (CR)

Environnement et ressources matérielles	Nombre	%
Adoption / élaboration – PI / PSI	1	< 1%
Amélioration de la continuité	1	< 1%
Amélioration des communications	1	< 1%
Amélioration des mesures de sécurité et de protection	2	2%
Encadrement des intervenants	2	2%
Information et sensibilisation des intervenants	1	< 1%
Révision – Protocole clinique ou administratif	2	2%
TOTAL	**10**	**8%**

Total des mesures correctives Environnement et ressources matérielles	**124**	**100%**
% des mesures correctives totales	**15%**	

5 ASPECT FINANCIER

Définition

Il s'agit notamment de contribution financière des usagers à certains services administratifs selon les normes prévues par la loi ou encore de prestations qui leur sont allouées. Ces objets de plaintes font référence aux items suivants :

- Compte d'hôpital
- Compte d'ambulance
- Frais d'hébergement
- Frais de médicaments
- Facturation aux non-résidents
- Aide matérielle et financière

Tableau 42 – Aspect financier, mission CH

Aspect financier	Nombre	%
Ajustement administratif	5	3%
Ajustement financier	91	63%
Ajustement technique ou matériel	1	1%
Autre**	3	2%
TOTAL	**100**	**69%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 43 – Aspect financier, mission CLSC

Aspect financier	Nombre	%
Ajustement financier	5	3%
TOTAL	**5**	**3%**

Tableau 44 – Aspect financier, mission CHSLD

Aspect financier	Nombre	%
Adoption / élaboration de procédure – autre	1	1%
Ajustement financier	39	27%
TOTAL	**40**	**28%**

Pour les établissements à mission CJ et CR, il n'y a aucune recommandation de mesure corrective portant sur l'aspect financier.

Total des mesures correctives **Aspect financier**	**145**	**100%**
% des mesures correctives totales	**18%**	

6 DROITS PARTICULIERS ET AUTRES OBJETS

Définition

Les droits particuliers réfèrent à l'obligation d'informer adéquatement les usagers sur :

- Leur état de santé et de bien-être :
  - → les traitements et les options possibles,
  - → les risques et les bénéfices qui en découlent,
  - → les services de santé et les services sociaux offerts et les modes d'accès.
- Leurs droits et recours et leurs obligations.
- Les mécanismes de participation prévus par la loi.
- La participation de l'usager à :
  - → toutes décisions affectant son état de santé et de bien-être,
  - → son plan d'intervention,
  - → son plan de services individualisés,
  - → son comité des usagers,
  - → autre.
- Le consentement aux soins :
  - consentement aux soins selon l'article 9 de la loi.
- Le droit de porter plainte :
  - en vertu de l'application de la procédure d'examen des plaintes prévue par la loi (Articles 29 à 76.5).

Tableau 45 – Droits particuliers et autres objets, mission CH

Droits particuliers et autres objets	Nombre	%
Adoption / élaboration – politique et règlement	3	7%
Adoption / élaboration – autre	1	> 2%
Ajustement technique ou matériel	2	4%
Amélioration des communications	1	> 2%
Encadrement des intervenants	1	> 2%
Information et sensibilisation des intervenants	9	20%
Obtention des services	1	> 2%
Promotion du régime et respect des droits – production de documents	1	> 2%
Respect du choix	1	> 2%
Révision – mécanisme de communication	1	> 2%
Révision – Politique et règlement	1	> 2%
Révision – procédure – autre	1	> 2%
Autre**	2	5%
TOTAL	**25**	**56%**

*** Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Tableau 46 – Droits particuliers et autres objets, mission CLSC

Droits particuliers et autres objets	Nombre	%
Adaptation des services	1	2%
Adoption / élaboration – politique et règlement	3	7%
Information et sensibilisation des intervenants	3	7%
Obtention des services	1	2%
Respect du choix	1	2%
TOTAL	**9**	**20%**

Tableau 47 – Droits particuliers et autres objets, mission CHSLD

Droits particuliers et autres objets	Nombre	%
Ajustement technique ou matériel	1	> 2%
Amélioration des communications	1	> 2%
Information et sensibilisation des intervenants	1	> 2%
Obtention des services	1	> 2%
Révision – Mécanisme de communication	2	4%
TOTAL	**6**	**13%**

Tableau 48 – Droits particuliers et autres objets, mission CJ

Droits particuliers et autres objets	Nombre	%
Changement d'intervenant	1	> 2%
Encadrement des intervenants	1	> 2%
Révision – Politique et règlement	1	> 2%
TOTAL	**3**	**7%**

Tableau 49 – Droits particuliers et autres objets, mission centre de réadaptation (CR)

Droits particuliers et autres objets	Nombre	%
Révision – Procédure – autre	1	2%
Autre**	1	2%
TOTAL	**2**	**4%**

** *Autre : nous n'avons pas de donnée plus précise*

Total des mesures correctives Droits particuliers et autres objets	**45**	**100%**
% des mesures correctives totales	**5%**	

MESURES CORRECTIVES TOTALES	**812**

7 OBJETS DE PLAINTES ET MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives identifiées peuvent être appliquées lors du traitement de la demande ou encore faire l'objet d'une recommandation. Parfois, une même situation peut impliquer à la fois l'application d'une mesure corrective dans l'immédiat et une recommandation sur d'autres mesures envisagées à long terme.

L'identification des mesures correctives identifiées se fait par objet. Il peut y avoir plusieurs mesures correctives pour un même objet. Les différents types de mesures sont les suivants :

Adaptation des services

En fonction :

- Des besoins et des attentes de l'usager.
- Du respect de ses droits.

Adaptation du milieu de vie

- Aux besoins particuliers des usagers.
- À ses valeurs.
- Au respect de ses droits.

Adoption ou élaboration

Selon un des aspects suivants :

- Code d'éthique.
- Plan d'intervention / plan de services individualisés.
- Politique ou règlement.
- Procédure d'examen.
- Procédure (autre que concernant l'examen d'une plainte).
- Protocole clinique ou administratif.
- Autre.

Ajustement administratif

Il peut s'agir :

- De la mise en place de mécanismes d'information, de dépistage, de monitorage, de coordination.
- D'ajustement des politiques et des procédures.

Ajustement des activités professionnelles

En regard :

- Des habiletés techniques et professionnelles.
- De l'évaluation et du jugement professionnel.
- De décisions et d'interventions.

Ajustement financier

Il peut s'agir :

- D'annulation des frais.
- D'ajustement des frais.
- D'obtention d'une subvention reliée à un programme.
- De réclamation réglée.

Ajustement technique ou matériel

Il peut s'agir :

- D'équipement (ex. : lève-patients, fauteuils roulants, civières).
- D'aménagement physique (ex. : rampes d'accès, barres d'appui).

Amélioration de la continuité

Mesures prises pour assurer la continuité des services lorsqu'il y a une interruption dans les services requis par l'usager.

Amélioration de la procédure d'examen

- Il s'agit de la procédure d'examen des plaintes.

Amélioration des communications

Il s'agit d'amélioration des communications entre l'usager et les intervenants :

- La clarification de la mission de l'instance, de l'organisation des services, des rôles et des fonctions des intervenants.
- Les excuses et explications présentées à l'usager.
- La prise en considération de l'information reçue.
- Autre.

Amélioration des conditions de vie

Tout apport qui permet d'améliorer les conditions de vie en général d'un milieu donné. Par exemple :

- À l'aménagement des horaires.
- À l'amélioration des politiques et procédures.
- À la révision des programmes

Amélioration des mesures de sécurité et de protection

Touchant la sécurité et la protection des personnes et de leurs biens ou encore touchant les aspects plus globaux tels que les lieux ou les déchets biomédicaux.

Changement d'intervenant

Décision administrative en vertu de laquelle on affecte un autre intervenant auprès de l'usager.

Évaluation des besoins

Demande de nouvelle évaluation des besoins de l'usager. Il peut s'agir par exemple de refaire une évaluation en ergothérapie ou en physiothérapie.

Encadrement des intervenants

L'encadrement peut notamment prendre les formes suivantes :

- La supervision des intervenants.
- Le suivi pour signalement de représailles.
- L'ajustement des pratiques.

Formation des intervenants

Accès des intervenants à des programmes spécifiques de formation.

Information et sensibilisation des intervenants

Information donnée ou rappel effectué à toute personne qui intervient auprès de l'usager, dont :

- Un médecin ou tout autre professionnel.
- Un bénévole.
- Un préposé.
- Un administrateur.
- Le titulaire de l'agrément d'une résidence privée d'hébergement.
- Le propriétaire d'une ressource sans permis.

Mesure disciplinaire

Toute mesure disciplinaire prise à l'endroit d'un employé ou d'un professionnel.

Obtention des services

La notion de service doit se comprendre au sens large et inclut également la notion de soins.

Promotion du régime et respect des droits

Tout activité permettant de promouvoir le régime d'examen des plaintes ou à assurer le respect des droits des usagers, notamment :

- L'organisation de séances d'information.
- La production de documents.
- Les communications avec les instances externes.
- Les communications avec le comité des usagers.
- La production et le dépôt de rapport ou d'avis aux autorités concernées.

Réduction du délai

Réduction du laps de temps qui s'écoule entre le moment où l'usager demande le service et le moment où il l'obtient.

Régulation du processus d'accès

Processus d'accès aux services de santé et aux services sociaux qui touchent notamment :

- Les systèmes d'admission-inscription.
- Les modalités d'accès.

- La gestion des listes d'attente.

Relocalisation de l'usager

Déplacement ou transfert des personnes qui sont hébergées dans les ressources sans permis.

Respect des droits de l'usager

Notamment le respect des droits prévus à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Révision

Enclenchement d'un processus de révision d'un des aspects suivants :

- Le code d'éthique.
- Les politiques et procédures.
- Les systèmes d'accès.
- L'organisation des services.
- L'allocation des ressources.
- Les mécanismes de communication.
- Les protocoles cliniques et administratifs.
- Autre.

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec